

FAGLIG SUNDHEDSKLYNGE BYEN

MØDETIDSPUNKT

20-09-2024 kl. 13-15

MØDESTED

Telehuset, Borups Allé 41, 2200 København N, 7. sal lokale B745

MEDLEMMER

Kristian Antonsen, Hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Sille Arildsen, Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Randi Brinckmann, Vicedirektør, Rigshospitalet

Irene Harboe Brandt, Enhedschef, Rigshospitalet

Line Duelund Nielsen, Centerchef, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri

Hallur Thorsteinsson, Centerchef, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri

Jannie Eriksen, Specialkonsulent, Region Hovedstadens Psykiatri
(stedfortræder for Lotte Pihl Paulsen)

Berit Juhl Schau, Enhedschef, Region Hovedstadens Akutberedskab

Winnie Brandt, Chefkonsulent, Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Kamilla Walter, Chefkonsulent, Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Nicolai Kjems, Sundheds- og Omsorgschef, Frederiksberg Kommune **AFBUD**

Louise Basse Friediger, Leder for tværsektorielt samarbejde, Frederiksberg Kommune

Addie Just Frederiksen, Leder af forebyggelsesområdet, Frederiksberg Kommune

Mette Vingtoft Jacobsen, Specialkonsulent, Frederiksberg Kommune

Morten Holm, Praktiserende læge, PLO-H repræsentant

Torben Larsen, Praktiserende læge, PLO-H repræsentant **AFBUD**

Markus Hahn, Chefkonsulent, PLO-H-sekretariatet

Vibeke Hlin Vestereng, Hospitalspraksiskonsulent, KAP-H **AFBUD**

Marianne Karstensen, Patientinddragelsesudvalget **AFBUD**

Otto Herskind Jørgensen, Bruger- og pårørenderepræsentant

Tommy Brock, Bruger- og pårørenderepræsentant

Per Bennetsen, Adm. direktør, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune

Sine Mutanu Jungersted, Centerchef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune

Stine Mieth-Waldorff, Afdelingsleder, Center for Sundhed og Rehabilitering,
Københavns Kommune

Signe Grauslund, Områdechef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune

Katrine Ring, Direktør, Socialforvaltningen, Københavns Kommune

Britt Bergstedt, Borgercenterchef, Socialforvaltningen, Københavns Kommune

Sekretariat

Sandra Rahel Makonnen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Melissa Holmes, Københavns Kommune

Jane Hovgaard Monsen, Københavns Kommune (ref.)

GÆSTER

Katrine Schjønning, Folkesundhedschef, Sundheds- og
Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune (under pkt. 2)

Anne Abela, Klinisk sygeplejespecialist, Videntcenter for Specialiseret
Hjemmebehandling, Rigshospitalet (under pkt. 3)

Tana Anneke Ryalen Bredesen, Sundhedsfaglig specialkonsulent, Bispebjerg
og Frederiksberg Hospital (under pkt. 3 og 4)

Tina Sloth Schaarup, Projektleder, Center for It og Medicoteknologi, Region
Hovedstaden (under pkt. 3 og 4)

Rikke Bindslev Madsen, Sundhedsfaglig konsulent, Sundheds- og
Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune (under pkt. 3 og 4)

Ninna Christmas Møller, Sundhedsfaglig specialkonsulent, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune (under pkt. 3 og 4)

Charlotte Rothenborg, Programleder, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune (under pkt. 3 og 4)

DAGSORDEN

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN
2. DRØFTELSE: AFRAPPORTERING PÅ FOKUSOMRÅDET 'BØRN OG UNGE I MISTRIVSEL'
3. DRØFTELSE: BEHANDLING I HJEMMET
4. DRØFTELSE: HJEMMEINDLÆGGELSER
5. DRØFTELSE: STATUS PÅ BRUGERINDDRAGELSE I KLYNGEN
6. BESLUTNING: MØDEDATOER FOR 2025
7. ORIENTERING: NY ORGANISERING AF DOBBELTDIAGNOSER
8. ORIENTERING: FASTE LÆGER PÅ BOTILBUD
9. EVENTUELT
10. SKRIFTLIG ORIENTERING: RESULTAT AF SKRIFTLIG VOTERING VEDR. KLYNGEMIDLER
11. SKRIFTLIG ORIENTERING: STATUS PÅ INDSATSER VEDR. TRÆNING FØR/I STEDET FOR OPERATION
12. SKRIFTLIG ORIENTERING: STATUS PÅ INDSATSER UNDER FOKUSOMRÅDET 'SOCIALT UDSATTE BORGERES SOMATISKE SYGDOM'

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

-

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen godkender dagsordenen som grundlag for mødets afvikling.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte dagsordenen.

Regeringens sundhedsudspil blev kort vendt, herunder at det er centralt at videreføre det gode tværsektorielle samarbejde i Faglig sundhedsklynge Byen.

SAGSFREMSTILLING

Per Bennetsen byder velkommen på vegne af formandskabet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

BILAG

-

2. DRØFTELSE: AFRAPPORTERING PÅ FOKUSOMRÅDET 'BØRN OG UNGE I MISTRIVSEL'

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk sundhedsklynge Byen besluttede i maj 2023 at igangsætte følgende tre initiativer som led i at styrke det tværsektorielle samarbejde om børn og unge i mistrivsel:

1. Analyse af henvisninger og brugerrejser
2. Fælles kompetenceudvikling
3. Afdækning af opgavevaretagelsen mellem region og kommuner

Faglig sundhedsklynge Byen præsenteres for en status på initiativerne og drøfter forslag til videre proces. Drøftelsen indledes med et oplæg v. Katrine Schjønning, folkesundhedschef i Københavns Kommune, og Hallur Gilstón Thorsteinsson, centerchef i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstaden.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen tager afrapportering om initiativer under fokusområdet 'Børn og unge i mistrivsel' til efterretning.
- At Faglig sundhedsklynge Byen drøfter forslag til videre proces for arbejdet med de tre initiativer med henblik på forelæggelse for Politisk sundhedsklynge Byen den 8. november 2024.

REFERAT

Folkesundhedschef Katrine Schjønning (Københavns Kommune) og centerchef Hallur Gilstón Thorsteinsson (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstaden) gennemgik analyser, resultater og det videre forløb, hvor der arbejdes videre i både Driftsforum for børne- og ungdomspsykiatrien Byen, klyngen og Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS).

Faglig sundhedsklynge Byen tog afrapporteringen til efterretning.

Der var en drøftelse af videre proces, henvisninger og kommunikationen ml. sektorer. Brugerrepræsentanterne havde sendt spørgsmål på forhånd med fokus på bl.a. inddragelse og uddannelse af forældrene, som blev adresseret i oplægget og drøftet efterfølgende. Der vil også blive udarbejdet en skriftlig tilbagemelding.

Det blev aftalt, at der til afrapporteringen i Politisk sundhedsklynge Byen tydeliggøres, hvad der arbejdes videre med inden for de udvalgte anbefalinger. Faglig sundhedsklynge Byen forelægges en status for arbejdet i 2025.

SAGSFREMSTILLING

Der er nedsat et fælles koordinerende forum under sundhedsklynge Byen med deltagelse fra Region Hovedstadens Psykiatri, PLO-H, Frederiksberg

Kommune og Københavns Kommune, der arbejder med de tre initiativer. Der er samlet afsat 2 mio. kr. til initiativerne vedr. børn og unge i mistrivsel under sundhedsklynge Byen.

Af rapportering om initiativ 1 'Analyse af henvisninger og brugerrejser' (0,75 mio. kr.)

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Region Hovedstaden tilbagehenviser i gennemsnit 30 pct. af henviste børn og unge. Der er afsat 0,5 mio. kr. til en databaseret analyse af henvisninger med henblik på at mindske andelen af børn og unge, som tilbagehenvises fra BUC, samt mindske andelen af henvisninger til BUC, som falder uden for børne- og ungdomspsykiatriens målgruppe. Derudover er der afsat 0,25 mio. kr. til en analyse af brugerrejser med fokus på brugerperspektivet hos familier med børn og unge i mistrivsel.

Delanalyse 1: Analyse af henvisninger

Analysen af henvisninger (bilag 1 og 2) er udarbejdet af Implement Consulting Group baseret på data, som er indhentet i samarbejde med Region Hovedstaden, Københavns Kommune samt Frederiksberg Kommune.

Analysen viser, at der dels er sket en markant stigning i antallet af henvisninger til BUC i perioden fra 2019-2023, dels er sket et fald i andelen af tilbagehenvisninger i perioden. Analysen beskriver karakteristika for børn og unge, der tilbagehenvises fra BUC, årsager til tilbagehenvisninger, omfanget af genhenvisninger samt forslag til mulige tiltag, der kan bidrage til at nedbringe andelen af tilbagehenvisninger og andelen af henvisninger, der falder uden for BUC's målgruppe.

Delanalyse 2: Analyse af brugerrejser

Brugerrejseanalysen (bilag 3) er en kvalitativ beskrivelse af fire familiers forløb mellem almen praksis, kommune og region. Viden om forløbene fra et forældreperspektiv kan bruges til at forbedre samarbejdet med familierne og samarbejdet mellem almen praksis, kommune og region. Familierne er udvalgt på baggrund af forespørgsler i PPR i henholdsvis Københavns og Frederiksberg Kommune samt Praktiserende Lægers Organisation (PLO-H). Analysen er gennemført af Børne- og Ungdomsforvaltningen i Københavns Kommune.

Status på initiativ 2 'Fælles kompetenceudvikling' (1 mio. kr.)

Der er afsat 1 mio. kr. til kompetenceudvikling på døgninstitutioner og kompetenceudvikling inden for selvmordsforebyggelse.

Kompetenceudviklingen har til formål at øge relevante medarbejderes viden om specifikke områder, hvor udfordringsbilledet, som blev præsenteret for Politisk sundhedsklynge Byen i maj 2023, viser, at der er et særligt behov.

Spor 1: Kompetenceudvikling på døgninstitutioner

BUC har i samarbejde med lokale ledelser i Socialforvaltningen i Københavns Kommune tilrettelagt kompetenceudviklingsforløb med udgangspunkt i de lokale kompetenceudviklingsbehov på hhv. døgninstitutioner for udsatte børn og unge og børn med handicap. Det er fagprofessionelle fra BUC, der står for undervisningen og giver sparring på konkrete cases.

Kompetenceudviklingsdagene vil blive afviklet i oktober og november 2024 og

omfatter ca. 250 medarbejdere. Der deltager også enkelte medarbejdere fra myndighedsområderne og fra Frederiksberg Kommune.

BUC udarbejder materialer til de fem kompetenceudviklingsdage, som kan anvendes i andre sammenhænge, herunder i Frederiksberg Kommunes dialog med leverandører på døgnområdet. Materialerne er udarbejdet med afsæt i de fem centres behov og ønsker til kompetenceudviklingen.

Spør 2: Kompetenceudvikling inden for selvmordsforebyggelse

Sporet består af uddannelse af nye videnspersoner i selvmordsforebyggelse samt faglig sparring til de nuværende videnspersoner. I uddannelsen af nye videnspersoner købes pladser til et mindre antal medarbejdere bl.a. fra Psykiatrisk Konsulentteam, Borgercenter Børn og Unge, på et kompetenceudviklingsforløb i selvmordsforebyggelse under Sundhedsklynge Syd.

Sporet består dertil af faglig sparring til videnspersoner i selvmordsforebyggelse fra Frederiksberg og Københavns Kommune. Den faglige sparring, som BUC varetager, skal understøtte den faglige udvikling hos videnspersonerne og give dem mulighed for at få sparring på konkrete cases. Planlægning og afvikling af den faglige sparring sker i et samarbejde mellem Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og BUC.

Af rapportering om initiativ 3 'Afdækning af opgavevaretagelsen mellem region og kommuner' (0,25 mio. kr.)

Der er afsat 0,25 mio. kr. til en analyse af opgavevaretagelsen mellem kommuner og region om børn og unge med komplekse problemstillinger (bilag 4). Analysen tager udgangspunkt i den eksisterende samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom indgået mellem Region Hovedstadens Psykiatri, kommunerne i Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden i april 2022. Målgruppen for analysen er børn og unge, som under eller i forlængelse af et ambulant forløb eller en indlæggelse, skal anbringes udenfor hjemmet. Denne afgrænsning af målgruppen er valgt, da den pågældende gruppe anses for at være særlig sårbar, og derfor også særligt afhængig af, at der er et velfungerende og koordineret samarbejde mellem region og kommuner.

Analysen er udarbejdet af Komponent og er baseret på viden indsamlet gennem fokusgruppeinterviews med ledere og medarbejdere fra Region Hovedstadens psykiatri samt Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Derudover er der foretaget registerbaserede analyser, der kobler data fra hhv. Danmarks Statistik og Patientregistret.

På baggrund af analysen giver Komponent en række forslag til at forbedre samarbejdet om målgruppen mellem region og kommuner, herunder i forhold til mulig justering af samarbejdsaftalen.

Forslag til videre proces

Det foreslås, at det videre arbejde med initiativerne forankres i Driftsforum Byen med reference til Faglig sundhedsklynge Byen. Det foreslås endvidere, at der tages afsæt i følgende tværgående målsætninger, som skal understøtte arbejdet med at sikre, at børn og unge i mistrivsel får den rette hjælp tidligst muligt:

1. Mere præcise vurderinger af børn og unges behov

Her kan der eksempelvis arbejdes med styrkede muligheder for tidligt at imødekomme forældres bekymringer med relevante tiltag, en øget opmærksomhed på tilbud til børn og unge uden for psykiatrien samt styrkede muligheder for relevant kompetenceudvikling af fagprofessionelle.

2. Færre henvisninger med manglende oplysninger

Her kan der eksempelvis arbejdes med udvikling af et standardiseret online henvisningssystem og styrkede tekniske muligheder for, at almen praksis kan vedhæfte relevante dokumenter til henvisning.

3. Kortere og mere koordinerede sagsforløb på tværs af sektorer

Her kan der eksempelvis arbejdes med at skabe øget kendskab til samarbejdsaftalen på relevant ledelses- og medarbejderniveau i sektorerne. Der kan derudover arbejdes med styrkede muligheder for indhentning af oplysninger samt sparring mellem fagprofessionelle i tilfælde af tvivl om barnets/den unges behov.

4. Bedre datagrundlag for strategiske drøftelser

Her kan der eksempelvis arbejdes med øget dataunderstøttelse af den tværsektorielle kommunikation om målgruppen.

Driftsforum vil på møde den 5. september drøfte organisering, proces og tidsplan for det videre arbejde med initiativerne, herunder forslag til prioritering samt aktørernes vurdering af i hvilket omfang der er behov for finansiering og/eller justering af gældende juridiske og samarbejdsrættelige rammer for at indfri målsætningerne.

Forslag til organisering, proces og tidsplan forelægges Politisk sundhedsklynge Byen på møde den 8. november ifm. den samlede afrapportering om fokusområdet 'Børn og unge i mistrivsel'.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Politisk sundhedsklynge Byen forelægges en samlet afrapportering på møde den 8. november 2024.

BILAG

1. Analyse af tilbagehenvisninger fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center – rapport
2. Analyse af tilbagehenvisninger fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center – konklusioner
3. Analyse af brugerrejser (fortroligt)
4. Analyse af opgavevaretagelsen mellem kommuner og region

3. DRØFTELSE: BEHANDLING I HJEMMET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Faglig sundhedsklynge Byen besluttede i december 2023, at der i 2024 skulle være en drøftelse af temaet 'Behandling i Hjemmet', herunder at inddrage Videnscenter for Specialiseret hjemmebehandling på Rigshospitalet i drøftelsen. Punktet indledes med et oplæg fra Videnscenter for Specialiseret hjemmebehandling på Rigshospitalet.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen på baggrund af oplæg fra Videnscenter for Specialiseret hjemmebehandling drøfter muligheder og barriere i forhold til udbredelse af behandling i hjemmet.

REFERAT

Klinisk sygeplejespecialist Anne Abela (Videncenter for Specialiseret Hjemmebehandling, Rigshospitalet) gennemgik, hvordan Videncenteret arbejder med hjemmebehandling på Rigshospitalet og hvilke muligheder der er. Der var særlig fokus på, at det skal være for patienterne, og at hjemmebehandlingen skal understøtte deres hverdagsliv - flere patienter er åbne overfor hjemmeindlæggelser, men det kræver også mod og nytænkning fra personalet. Derudover var der fokus på muligheder og udfordringer fx i forhold til data og logistik samt eksempler på forskellige former for hjemmebehandling.

Der var en drøftelse af bl.a. kompetenceudvikling, aldersbarrierer, påvirkning af pårørende, samt hvordan klyngen kan blive klogere på hjemmebehandling.

Sekretariatet afklarer sammen med formandskabet, hvordan der kan arbejdes videre med hjemmebehandling i klyngen.

SAGSFREMSTILLING

At modtage behandling i hjemmet giver borgere mulighed for at bevare deres dagligdag i kendte omgivelser og med større fleksibilitet. Mange patienter oplever en øget tilfredshed med deres behandlingsforløb, da de spiser bedre, får mere motion og oplever færre komplikationer.

Hjemmebehandling omfatter en bred vifte af ydelser inden for diagnostik, monitorering, behandling, rehabilitering og palliation. Dette inkluderer både teknologibaserede løsninger som telemedicin, hvor patienter modtager behandling og rådgivning på afstand, samt mere intensive indsatser som hjemmeindlæggelser, hvor patienten får hospitalslignende pleje i eget hjem.

Når hospitaler udfører behandling i hjemmet, kaldes det specialiseret hjemmebehandling. Denne form for behandling omfatter pleje, procedurer eller

vurderinger, der kan erstatte en traditionel indlæggelse eller et ambulant besøg.

Behandling i hjemmet har vist sig at være en både effektiv og patientcentreret måde at levere behandling på, som understøtter selvstændighed og komfort for patienter, mens det samtidig reducerer behovet for hospitalsindlæggelser.

Der arbejdes i klyngen og på tværs af Region Hovedstaden med en række initiativer vedrørende behandling i hjemmet. Disse omfatter blandt andet TeleKOL, virtuelt ambulatorie, IV-behandling i hjemmet samt hjemmeindlæggelser (jf. pkt. 4 i dagsorden). Derudover har Rigshospitalet en lang række tilbud om avanceret medicinsk behandling i hjemmet.

BRUGERPERSEKTIV

Bruger- og pårørendeperspektivet er centralt i udviklingen af hjemmebehandling, da behandlingsformen direkte påvirker borgerens dagligdag og livskvalitet. Borgere, der modtager behandling i hjemmet, oplever ofte en større følelse af kontrol over deres eget helbred og mulighed for at opretholde deres normale rutiner og sociale relationer. For at sikre, at hjemmebehandlingsindsatserne opfylder borgeres behov og forventninger, er det afgørende at inkludere borgere og deres pårørende i både planlægning og implementering af disse initiativer.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af klyngens drøftelse vil sekretariatet koordinere ved en evt. videre proces for arbejdet med behandling i hjemmet i Sundhedsklynge Byen.

BILAG

-

4. DRØFTELSE: HJEMMEINDLÆGGELSER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På mødet i Faglig sundhedsklynge Byen den 18. december 2023 blev det vedtaget, at der i 2024 skulle afholdes en drøftelse af behandling i hjemmet. Politisk sundhedsklynge Byen vedtog på mødet den 26. april 2024, at der under den igangsatte indsats 'indlæggelser fra plejehjem' blev iværksat et initiativ vedrørende hjemmeindlæggelser på plejehjem.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen tager orienteringen om arbejdet med hjemmeindlæggelser på plejehjem til efterretning.
- At Faglig sundhedsklynge Byen drøfter ønsker til videre udvikling af initiativer vedrørende behandling i hjemmet med henblik på den forestående drøftelse af hjemmeindlæggelser på plejehjem på temamødet for Politisk sundhedsklynge Byen.

REFERAT

Sundhedsfaglig specialkonsulent Tana Anneke Ryalen Bredesen (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital), projektleder Tina Sloth Schaarup (Center for It og Medicoteknologi) samt sundhedsfaglig konsulent Rikke Bindslev Madsen og sundhedsfaglig specialkonsulent Ninna Christmas Møller (Københavns Kommune) holdt oplæg om hjemmeindlæggelser, og hvordan afprøvningen vil forløbe. Indsatsen evalueres i 2025.

Faglig sundhedsklynge Byen tog orienteringen til efterretning. Der var en drøftelse af hjemmeindlæggelserne med særlig fokus på tidsplanen og antal forløb samt på uhensigtsmæssigheden i den dobbeltdokumentation, som afprøvningen medfører for parterne i afprøvningen. Parterne ønsker at strække sig langt for at kunne gennemføre afprøvningsen og sikre, at der kan opnås et tilstrækkeligt erfaringsgrundlag. Arbejdsgruppen vil genbesøge tidsplanen, hvorefter stillingtagen til en forlængelse vil blive løftet på relevant ledelsesniveau.

SAGSFREMSTILLING

I et samarbejde mellem Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Københavns Kommune og Region Hovedstadens IT-organisation vil der fra oktober til december 2024 blive gennemført op til 10 hjemmeindlæggelsesforløb, som har til hensigt at give indsigt i, hvordan sektorerne på tværs kan løse pleje- og behandlingsopgaver under en indlæggelse på plejehjem. Frederiksberg Kommune indgår i projektejerggruppen, men deltager ikke i selve afprøvningen. Hertil er det ambitionen at generere viden om, hvad der skal til IT-mæssigt fra hospitalets side for at understøtte hjemmeindlæggelser tværsektorielt.

Det søges i afprøvningen afdækket, om det er muligt både patientsikkerhedsmæssigt, sundhedsfagligt, IT-teknisk og organisatorisk at hjemmeindlægge patienter på plejehjem og dermed undgå indlæggelse på

hospitalet. Det er desuden ambitionen, at afprøvningen kan være med til at afdække vigtig viden i forhold til, hvad der skal til for, at hjemmeindlæggelser kan udbredes, og dermed bidrage til, at flere patienter kan indlægges i eget hjem. Der vil primo 2025 blive samlet op på erfaringerne og udarbejdet en evaluering. Afprøvningen er forankret under dels Sundhedsklynge Byen og dels Digital Sundhed Øst, hvorfor der vil ske en afrapportering begge steder.

Repræsentanter fra arbejdsgruppen for hjemmeindlæggelser fra plejehjem vil præsentere de forudgående erfaringer, status på initiativet samt mulige fremtidige perspektiver.

BRUGERPERSPEKTIV

Der er betydelige fordele for patienten ved behandling i hjemmet, da det bl.a. mindsker risikoen for infektioner, delirium og reduceret funktionstab. Samtidig øges livskvaliteten, når patienten i vante rammer kan opretholde eller hurtigt kan genvinde sit vanlige funktions- og aktivitetsniveau.

Derudover viser et kvalitativt fokusgruppeinterview med fire borgere på plejehjem, som arbejdsgruppen har fået foretaget, at borgerne også foretrækker at blive behandlet i eget hjem frem for på hospitalet, da de kender stedet, og de ansatte, som varetager plejen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Hjemmeindlæggelser på plejehjem vil også blive drøftet på det kommende temamøde i Politisk sundhedsklynge Byen den 27. september 2024.

BILAG

-

5. DRØFTELSE: STATUS PÅ BRUGERINDDRAGELSE I KLYNGEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Der er udpeget tre bruger- og pårørenderepræsentanter til Faglig sundhedsklynge Byen, som er med til at sikre, at bruger- og pårørendes perspektiv tænkes ind i drøftelser, løsninger og indsatser i regi af Sundhedsklynge Byen. Sagen fremlægges med henblik på, at klyngen drøfter anvendelsen af brugerinddragelse i Sundhedsklynge Byen, og hvorvidt der er behov for yderligere tiltag. Input vil blandt andet indgå i en kommende evaluering af bruger- og pårørendeinddragelse i Sundhedsklynge Byen og på tværs af sundhedsklyngerne i hovedstadsregionen.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen drøfter status og perspektiver for brugerinddragelse.

REFERAT

Brugerrepræsentanterne indledte med deres refleksioner over, hvad det vil sige at være bruger- og pårørenderepræsentant, og hvad de håber at opnå ved at indgå i arbejdet. Herunder en opmærksomhed på balancen imellem ønsket om brugerinddragelse bredt på mange fokusområder og det faktum, at brugerrepræsentanterne er frivillige.

Faglig sundhedsklynge Byen drøftede brugerinddragelsen. Der var enighed om, at det giver stor værdi at have bruger- og pårørenderepræsentanter i klyngesamarbejdet, og at der skal være fokus på, hvordan man bedst anvender repræsentanternes tid.

Bruger- og pårørendeinddragelsen drøftes i starten af 2025, når evalueringen er gennemført. Derudover skal bruger- og pårørendeperspektivet fremadrettet tydeliggøres endnu mere i sagsfremstillingerne.

SAGSFREMSTILLING

Bruger- og pårørendeinddragelse skal sikre, at brugere og pårørendes perspektiv og erfaring er en del af udviklingen af sundhedsvæsenet. Det er med til at sikre sammenhængende forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis, til gavn for fremtidige brugere.

Bruger- og pårørenderepræsentanterne kan bidrage med deres viden og perspektiver fra patientforløb. De kan fx være med til at give feedback på, hvordan et forløb kan give værdi for patienten, hvilke udfordringer og overgange ml. sektorer eller områder, som der skal være særlig opmærksomhed på, samt hvor man fx kan tilrettelægge noget anderledes for at sikre en bedre patientoplevelse.

Bruger- og pårørendeinddragelse i Sundhedsklynge Byen

Der er opstillet en organisatorisk ramme for bruger- og pårørendeinddragelse i sundhedsklyngerne i Region Hovedstaden, som blev godkendt i Tværsektoriel Strategisk Styregruppe i maj 2023. Med rammen er der besluttet en model for brugerinddragelse, hvor hver sundhedsklynge har deltagelse af ét medlem fra regionens Patientinddragelsesudvalg samt to lokalt udpegede brugerrepræsentanter. Modellen evalueres ved udgangen af 2024. Med udgangspunkt i den organisatoriske ramme har Faglig sundhedsklynge Byen i december 2023 vedtaget seks principper for brugerinddragelse. Principperne skal bl.a. sikre, at brugerrepræsentanternes perspektiv bliver hørt, at de er godt klædt på til at deltage i de relevante drøftelser, samt at inddragelsen løbende tilpasses og evalueres.

I Sundhedsklynge Byen sker bruger- og pårørendeinddragelse på flere niveauer, og der er metodefrihed ift. inddragelse af brugerperspektivet i udvikling af indsatser. Brugerrepræsentanterne kan fx indgå i arbejdsgrupper, deltage ad hoc fx ved prøvehandling, eller være med når en ny proces/metode skal kvalificeres ud fra et brugerperspektiv. Det er også muligt at konsultere andre brugere/pårørende, brugerpaneler eller brugerorganisationer end de tre bruger- og pårørenderepræsentanter.

Udover klyngens tre udpegede brugerrepræsentanter, som deltager på klyngemøderne, inddrages bruger- og pårørendeperspektivet i arbejdet med klyngens indsatser og fokusområder fx på følgende områder:

- Arbejdsgrupperne om 'Indsats for skrøbelige faldtruede ældre' og 'Rådgivning af kommunale akutfunktioner' har deltagelse af brugerrepræsentanter.
- Arbejdsgruppen om 'Socialt udsatte borgere med misbrugsproblematik' har foretaget brugerinterviews med borgere tilknyttet Brugernes Akademi i forbindelse med udviklingen af konceptet, og der gennemføres brugerinterviews i forbindelse med den afsluttende evaluering.
- Arbejdsgruppen om 'Træning før eller i stedet for operation' har anvendt fokusgruppeinterviews for at identificere udfordringerne, ligesom arbejdsgruppen vedr. 'Indlæggelser fra plejehjem' har gennemført et borgerinterview for at få belyst fordele og ulemper ved hjemmeindlæggelser.
- Arbejdsgruppen om 'Dosisdispenseret medicin' har interviewet borgere, som anvender dosispakket medicin, ligesom borgere indgår i fælles, tværsektoriel dosisfilm og indslag på sociale medier. Derudover er Aalborg kommunes brugerundersøgelse, som vedrører 100 hjemmeboende borgers erfaringer med overgang til dosispakket medicin, blevet drøftet i arbejdsgruppen.
- Arbejdsgruppen om fald har afholdt bruger/pårørenderepræsentantmøde i juni 2024, hvor bl.a. problemstilling og borgerperspektiv blev drøftet. Arbejdsgruppen gennemfører fem kvalitative borgerinterviews i efteråret 2024, og inviterer en brugerrepræsentant med til en workshop, hvor der skal udarbejdes en borgerrejse på baggrund af audit og interviewfund.

Opsamling fra brugerrepræsentanterne

Brugerrepræsentanterne oplever generelt, at Sundhedsklynge Byen prioriterer og arbejder med brugerinddragelse og sørger for, at der er plads til brugerperspektivet.

Brugerrepræsentanterne har følgende forslag til yderligere brugerinddragelse i klyngen:

- *Tidligere inddragelse ift. arbejdsgrupperne og mulighed for at følge arbejdet.* Der er et ønske om at blive inddraget i målformuleringer i de arbejdsgrupper, hvor det er relevant, at der er en brugerrepræsentant med i arbejdet. Ligesom der fortsat bør være en opmærksomhed på, at brugerrepræsentanterne får mulighed for at følge relevante arbejdsgrupper (udover status på klynge møderne) for at komme tættere på arbejdsgruppernes arbejde.
- *Brugerperspektiv på møderne og i sagsfremstillinger.* Der er et ønske om større fokus på at tydeliggøre fordele og output af brugerperspektivet i sagerne på møderne samt, at brugerperspektivet tydeliggøres og udfoldes yderligere i sagsfremstillingerne. Sekretariatet vil fremadrettet medtage "Brugerperspektiv" som et selvstændigt afsnit i sagsfremstillingerne, så det bliver tydeligere, hvordan brugerperspektivet kommer til udtryk, ligesom det vil give brugerperspektivet en mere fremtrædende rolle på møderne.
- *Fokusområder.* Brugerrepræsentanterne har ønsket at foreslå emner til indsats og arbejdsgrupper for 2025. På mødet den 11. december skal Faglig sundhedsklynge Byen drøfte fokusområder for 2025, og brugerrepræsentanternes ønsker vil blive inddraget her.
- *Viden om sundhedsområdet.* Der er et ønske om yderligere orientering om udvikling på sundhedsområdet, herunder aktuelle indsats, nytænkning mv.

Arbejdsgruppernes kommissorier indeholder et afsnit om, hvordan der arbejdes med brugerinddragelse. Derudover kan der være et behov for løbende opmærksomhed på, hvordan brugerperspektivet kan anvendes i forbindelse med arbejdsgruppernes arbejde.

BRUGERPERSPEKTIV

Brugere og pårørendes perspektiv og viden er centrale input i udviklingen af sundhedsvæsenet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Bruger- og pårørendeinddragelse i Sundhedsklynge Byen evalueres ultimo 2024 med henblik på forelæggelse på Faglig sundhedsklynge Byens møde i første kvartal 2025.

Sundhedsaftalesekretariatet er på vegne af Tværsektoriel Strategisk Styregruppe, i gang med at evaluere den regionalt tilpassede model for brugerinddragelse i de faglige sundhedsklynger i Region Hovedstaden. I den forbindelse afholdes netværksmøde med brugerrepræsentanterne og møder med klyngesekretariatene i løbet af efteråret.

BILAG

1. Principper for brugerinddragelse i Sundhedsklynge Byen

6. BESLUTNING: MØDEDATOER FOR 2025

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Faglig sundhedsklynge Byen skal jf. bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg mødes min. fire gange årligt. Møder indkaldes for et år ad gangen.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen godkender mødeplan for 2025.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte mødeplanen.

SAGSFREMSTILLING

Sekretariatet foreslår følgende mødedatoer for 2025:

- 17. marts kl. 14-16
- 18. juni kl. 14-16
- 16. september kl. 14-16
- 9. december kl. 14-16

BRUGERPERSPEKTIV

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sekretariatet indkalder til møderne.

BILAG

-

7. ORIENTERING: NY ORGANISERING AF DOBBELTDIAGNOSER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening har med økonomiaftalen for 2024 indgået aftale om, at regionerne fra september 2024 og frem til og med 2027 trinvist skal indfase et integreret dobbeltdiagnosetilbud. Region Hovedstadens Psykiatri vil gerne orientere Sundhedsklyngerne om det foreløbige arbejde med tilbuddet.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen tager orientering vedr. integreret dobbeltdiagnosebehandling i Region Hovedstadens Psykiatri til efterretning.

REFERAT

Line Duelund Nielsen fortalte kort om den nye lovgivning, og hvad status er. Arbejdet følges i Driftsforum voksne Byen.

Faglig sundhedsklynge Byen tog orienteringen til efterretning, og det blev aftalt, at der kommer en ny status, når arbejdet er længere.

SAGSFREMSTILLING

Arbejdet med at udvikle et tilbud for integreret dobbeltdiagnosebehandling foregår tværregionalt for at sikre et ensartet tilbud på tværs af landet. Det er Region Hovedstaden, der leder arbejdet, og det gennemføres i tæt samarbejde med Kommunernes Landsforening, Foreningen for Ledere i Offentlige Rusmiddelbehandling (FLOR) og andre kommunale repræsentanter. En tværregional planlægningsgruppe har udarbejdet beskrivelser af ambulante patientforløb og forløb for indlagte patienter. Gruppen fastlægger derudover rammerne for en samlet kompetenceudvikling. Hver region arbejder nu videre med at 'oversætte' de tværregionale patientforløbsbeskrivelser.

I Region Hovedstadens Psykiatri er arbejdet med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud forankret i Ledelsesforum og en underliggende styregruppe. Ledelsesforum og styregruppe understøttes af en programledelse. For at understøtte det tværsektorielle samarbejde er det planlagt at nedsætte en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri, kommuner og praksissektor, der har til formål at drøfte og fastlægge en overordnet ramme for samarbejdet. Det integrerede dobbeltdiagnosetilbud er derudover et fast punkt på møder i de psykiatriske driftsfora, og der arbejdes løbende på mere lokale samarbejder mellem hvert psykiatriske center og kommunerne i centerets optageområde.

Region Hovedstadens Psykiatri har holdt orienteringsmøder med somatikken i regionen, herunder socialoverlæger og -sygeplejersker i somatikken, og der er aftalt en proces for videre samarbejde, når der er gjort indledende erfaringer med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud. Tværsektoriel Strategisk Styregruppe holdes også løbende orienteret.

Implementering i Region Hovedstaden

Det er politisk besluttet, at det integrerede dobbeltdiagnosetilbud skal indføres trinvist. Den trinvise indfasning betyder, at regionerne i trin 1 implementerer dobbeltdiagnosetilbud for patienter i aktuel behandling i psykiatrien, men ingen samtidig behandling for rusmiddelproblem (gruppe 1). Regionerne begynder at overtage borgere fra kommunernes rusmiddelbehandling fra juli 2025.

Implementeringen af tilbuddet for patienter i gruppe 1 sker trinvist i ambulatorier, akutfunktioner og sengeafsnit fra 1. september 2024 til 30. juni 2025, hvorefter tilbuddet implementeres for patienter i gruppe 2 og 3. Se bilag 1 for uddybende beskrivelse af principper for implementering og tidsplan.

Som en væsentlig del af implementeringen er der planlagt kompetenceudvikling af medarbejderne i Region Hovedstadens Psykiatrien med fokus på implementering, dobbeltdiagnosebehandling, rusmiddelbehandling og substitutionsbehandling.

Under implementeringen vil der løbende være dialog mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommuner i regionen for nærmere at afklare målgruppeafgrænsning, rammer for henvisning, visitation og andre sektorovergange samt drøfte andre relevante samarbejdsflader.

BRUGERPERSEKTIV

I arbejdet med at udvikle og implementere det nye integrerede dobbeltdiagnosetilbud samarbejder Region Hovedstadens Psykiatri systematisk med mennesker, der har relevant bruger- og pårørendeerfaring. Repræsentanter med bruger- og pårørendeerfaring har blandt andet deltaget på de tværregionale events, hvor patientforløbsbeskrivelser og rammer for kompetenceudvikling er fastlagt, og Region Hovedstadens Psykiatri samarbejder nu med flere af de samme repræsentanter om det mere lokale arbejde i regionen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Implementering af det integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud følges løbende i de psykiatriske driftsfora og Tværsektoriel Strategisk Styregruppe. Der er ligeledes mulighed for at sundhedsklyngerne holdes orienteret. De foreløbige erfaringer med første fase af implementeringen vil blive drøftet i Faglig sundhedsklynge Byen ultimo 2024 eller primo 2025.

BILAG

1. Notat til sundhedsklyngerne vedr. Integreret dobbeltdiagnosebehandling i
Region Hovedstadens Psykiatri

8. ORIENTERING: FASTE LÆGER PÅ BOTILBUD

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Borgere på botilbud er nogle af de mest udsatte i forhold til social ulighed i sundhed. Det ses bl.a. ved, at borgerne har en skrøbelig relation til egen læge, som er den primære indgang til det danske sundhedsvæsen.

Ordningen med fasttilknyttede læger på botilbud er overordnet lig den landsdækkende ordning om faste læger på plejecentre. En væsentlig forskel fra ordningen med plejehjemslæger er bl.a., at kommunen selv skal finde finansiering til samtlige af botilbudslægeres rådgivningstimer, hvor et antal rådgivningstimer til plejehjemslæger er finansieret via Overenskomst for almen praksis. Med denne sag orienteres om status på udbredelsen af faste læger på botilbud i Sundhedsklynge Byen.

Den 10. september 2024 er der indgået en ny 1-årig overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Med aftalen indføres en overenskomstmæssig ordning om tilknytning af praktiserende læger til botilbud. Ordningen omfatter i første omgang 250 botilbud nationalt, svarende til knap 10 pct. af landets i alt 2.600 kommunale, regionale og private botilbud.

INDSTILLING

Det indstilles:

- At Faglig sundhedsklynge Byen tager orienteringen til efterretning.

REFERAT

Katrine Ring fra Københavns Kommunes Socialforvaltning og Markus Hahn fra PLO-H orienterede kort om sagen og den nye overenskomst. Der var en kort drøftelse af muligheder for screening og sundhedstjek samt udfordringerne med bl.a. antal rådgivningstimer og omkostningerne ved nyt sundhedskort. Der er behov for en nærmere afklaring af konsekvenserne af overenskomsten, og det vil blive drøftet bilateralt mellem parterne.

Faglig sundhedsklynge Byen tog orienteringen til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

PLO Hovedstaden, Region Hovedstaden og KKR Hovedstaden indgik i januar 2022 "Rammeaftale om fasttilknyttede læger på kommunale botilbud i Region Hovedstaden", som fastlægger vilkår og bestemmelser for, hvordan ordningen for fasttilknyttede læger til botilbud udmøntes konkret i kommunerne i Region Hovedstaden.

Fastlægeordningen indebærer, at beboere på botilbuddet tilbydes at være tilknyttet en almenmedicinsk læge, der er fast tilknyttet botilbuddet og kommer der regelmæssigt. Dette honoreres gennem sygesikringen efter reglerne i overenskomst for almen praksis. Derudover yder den tilknyttede læge

sundhedsfaglig rådgivning - de såkaldte rådgivningstimer - til personalet på botilbuddet efter kontrakt med kommunen.

Status for udbredelse af faste læger på botilbud i Københavns Kommune

Med aftale om overførselssagen 2023/2024 afsatte Københavns Kommune midler i 2024 til at udbrede ordningen med faste læger til flere af Socialforvaltningens længerevarende botilbud på voksen- og handicapområdet med det formål at mindske den sociale ulighed i sundhed for borgere på botilbud. Aftaleparterne var samtidig enige om at afsætte varige midler til ordningen, hvilket er indfriet med den nyligt indgåede Aftale om Budget 2025. Med bevillingen forventer Socialforvaltningen at udbrede ordningen med faste læger til 34 botilbud, foruden de otte botilbud, som allerede er omfattet af en sådan ordning med en tidligere bevilling.

Erfaringerne på de af Københavns Kommunes botilbud, som allerede har tilknyttet fast læge, er generelt meget positive. Ordningen giver øget kontinuitet og tryghed for beboerne, der bliver taget hånd om helbredsproblematikker, styrket dialog og samarbejde mellem personalet, og lægen understøtter desuden det overvejende pædagogiske personales sundhedsfaglige indsats på tilbuddene. Udbredelsen af ordningen om fasttilknyttede læger på botilbud i Socialforvaltningen vedrører længerevarende botilbud efter servicelovens § 108, midlertidige botilbud efter servicelovens § 107 og botilbud efter almenboliglovens § 105. Socialforvaltningen har udvalgt botilbud ud fra en vis beboervolumen og i relation til tyngden af de somatiske problematikker hos borgerne, og der er både tilbud i socialpsykiatrien, på udsatteområdet og handicapområdet. Den overvejende del af tilbuddene er beliggende i Region Hovedstaden, mens også enkelte botilbud i Region Sjælland er omfattet.

En række midlertidige botilbud efter servicelovens § 107 i socialpsykiatrien er ikke omfattet, da der både er et større flow af borgere og en yngre målgruppe, som ikke har så mange somatiske sygdomme. Derudover kan der også i et recovery- og rehabiliteringsperspektiv være grund til ikke at indføre fastlægeordning for de målgrupper, som bedre er i stand til selv at komme hen til lægen.

Forvaltningens døgntilbud for børn og unge med handicap og udsatte børn og unge er heller ikke omfattet af de afsatte midler. Der er dog flere døgntilbud til børn og unge, som har forskellige former for samarbejde med alment praktiserende læger.

Status på rekruttering

Rekrutteringen af læger til botilbud er fortløbende, og der har været opslag i juni og igen i august, som løber frem til den 13. oktober 2024. Derudover bidrager praksiskonsulenterne i Socialforvaltningen til rekrutteringen via læge-til-læge kommunikation. Status på rekrutteringssituationen pr. 1. september 2024 er, at der foreløbigt er 19 botilbud ud af de 34 planlagte, som enten har

fået tilknyttet en læge, eller hvor der er en ansættelsesproces i gang. Med de otte tilbud, som i forvejen havde en fastlægeordning, er det således 27 botilbud i alt.

Status for udbredelse af faste læger på botilbud i Frederiksberg Kommune

Frederiksberg Kommune har ikke arbejdet strategisk med rekruttering af faste læger til kommunens bosteder, og har ikke som Københavns Kommune, afsat midler til at finansiere eller understøtte udbredelsen af ordningen. Kommunen henviser til honorering på baggrund af PLO's overenskomst. Frederiksberg Kommune har savnet, at der er rådgivningstimer omfattet af overenskomsten, da der ligger en barriere for at udnytte det fulde potentiale ved ordningen i, at medarbejdernes faglige baggrund typisk ikke er inden for sundhedsområdet. Frederiksberg Kommune har haft succes med rekruttering af læger til fastlægeordningen på kommunens plejecentre. Som mange andre kommuner, har Frederiksberg Kommune erfaret, at det betyder meget for både beboernes tryghed og sundhed at have en fast læge tilknyttet, der kommer på besøg regelmæssigt. Plejepersonalet har ligeledes haft glæde af ordningen, som bidrager til at højne fagligheden gennem konkret sparring og rådgivning. På baggrund af de gode erfaringer fra plejecentrene, har der været et stort ønske om at rekruttere faste læger til kommunens botilbud, da det vil give beboerne bedre forudsætninger for selv at have kontakt til lægen.

Frederiksberg Kommune har 10 kommunale bosteder, fordelt på flere adresser. Heraf har fire bosteder siden 1. april 2024 haft en fast bostedslæge, som kommer fra det samme lægehus. Det svarer til, at cirka halvdelen af kommunens beboere på bosteder har mulighed for at få en bostedslæge. Rekrutteringen lykkedes gennem en interessetilkendegivelse fra lægehuset. Dette blev fulgt op med en dialog om mulighederne i ordningen, der mandede ud i en aftale om de fire pågældende bosteder.

De foreløbige erfaringer med ordningen er blandt andet, at den giver et større fokus på sundhed generelt. Beboerne har glæde af den kontinuitet, det kan give, og botilbudslægen kan få et helhedsblik på borgere og støtte op om dialogen med medarbejderne. Det er Frederiksberg Kommunes erfaringer, at der er større tilslutning til bostedslægen på bosteder, hvor indskrivningsårsagen er, at beboeren er mentalt handicappet end med psykisk sygdom. Dette beror sandsynligvis på det økonomiske perspektiv ved, at beboeren blev opkrævet et gebyr ved lægeskift.

Udfordringer for rekruttering af botilbudslæger

Begge kommuner oplever, at det nogle steder kan være svært at motivere beboerne - hvoraf mange har knappe økonomiske ressourcer - til at skifte læge, fordi de skal betale for at skifte fra deres eksisterende læge til den fasttilknyttede læge. Socialforvaltningen i Københavns Kommune henvendte sig i 2023 til Sundhedsstrukturkommissionen herom. Det bemærkes i den forbindelse, at beboere på plejehjem fra 15. april 2024 er fritaget for gebyr ved skift til den fasttilknyttede læge.

Gebyret ved lægeskift til den fasttilknyttede læge kan desuden være en udfordring for rekruttering af botilbudslæger, hvis der ikke kan tilvejebringes et tilstrækkeligt antal patienter til, at det bliver økonomisk attraktivt for læger at

indgå i ordningen. Desuden bidrager et vist patientgrundlag på botilbuddet også til at målrette rådgivningstimerne til behovene på det konkrete tilbud. Derudover har det været en udfordring i rekrutteringen, at der hidtil har været forskel på de praktiserende lægers honorering på botilbud og plejecentre. Forskellen i den overenskomstmæssige honorarstruktur betyder fx, at en fasttilknyttet læge på plejehjem får højere honorar end en fasttilknyttet læge på botilbud for at tilse samme antal patienter på et besøg. Hvis lægen fx skal tilse otte patienter ved et besøg, får en plejehjemslæge næsten dobbelt så højt honorar, som en botilbudslæge.

Endelig oplever Frederiksberg Kommune, at visse læger kan have et forbehold for borgere med dobbeltdiagnoser, da de kan være vanskelige at håndtere, men for Frederiksberg Kommune kan *Flex Almen Praksis* på Bispebjerg Hospital være et alternativ som en akut løsning for nogle borgere, der dog savner den kontinuitet og sammenhæng, som fastlægeordningen kan give.

Rekruttering af botilbudslæger har været drøftet i Kommunalt-lægelige udvalg (KLU) i begge kommuner.

Videre perspektiver

Københavns Kommunes Socialudvalg og Sundheds- og Omsorgsudvalg har i juni 2024 sendt hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Udvalgene har i hørings svaret bemærket, at der er et stort potentiale for at løfte ligheden i sundhed ved fast tilknytning af almen praksis til botilbud, ikke kun i socialpsykiatrien, men også på handicapområdet, på herberger og på døgnophold på børne- og ungehjem efter Barnets Lov. Fx har flere døgnanbragte børn og unge komplekse sundhedsfaglige behov, og en fasttilknyttet læge kan medføre større sammenhæng og højere kvalitet i den sundhedsfaglige indsats for børnene/de unge gennem lettere tilgængelighed og kendskab til målgruppe og kontekst.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Socialforvaltningen i Københavns Kommune fortsætter rekrutteringen af de resterende botilbudslæger. Det nærmere indhold af den nye overenskomst mellem regionerne og PLO samt hvad det konkret får af betydning for botilbuddene i København og Frederiksberg kommuner skal afklares nærmere.

BILAG

-

9. EVENTUELT

REFERAT

Det politiske temamøde den 27. september 2024 er udskudt til et senere tidspunkt.

10. SKRIFTLIG ORIENTERING: RESULTAT AF SKRIFTLIG VOTERING VEDR. KLYNGEMIDLER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På baggrund af drøftelse om anvendelse af den resterende 1 mio. kr. af de fælles klyngemidler i Faglig sundhedsklynge Byen den 17. juni 2024, blev forslag til fordeling sendt i skriftlig votering i Politisk sundhedsklynge Byen. Resultatet af den skriftlige votering fremlægges til orientering.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- at Faglig sundhedsklynge Byen tager orientering vedr. resultat af skriftlig votering vedr. fordeling af 1 mio. kr. reservede klyngemidlet til efterretning.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen tog orienteringen til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

Forslag til fordeling blev sendt i skriftlig votering i Politisk sundhedsklynge Byen i juni 2024. Politisk sundhedsklynge Byen godkendte Faglig sundhedsklynge Byens indstilling til fordeling:

Indsats for skrøbelig faldtruede ældre

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte, at der i 2024 afsættes **0,6 mio. kr.** til afdækning af population, tværgående temadag/workshop samt frikøb af medarbejdere til prøvehandling.

Tværasektorielt samarbejde om borgere med kroniske sygdomme

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte, at der i 2024 afsættes **0,2 mio. kr.** til afholdelse af samskabelsesseminar og tværasektoriel symposieeftermiddag, herunder honorering af almen praksis.

Udsatte borgeres somatiske sygdom

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte, at der i 2024 afsættes yderligere **0,2 mio. kr.** til frikøb af medarbejdere fra Hjemløse- og Udsatteenheden i Socialforvaltningen i Københavns Kommune.

På mødet i Faglig sundhedsklynge Byen den 17. juni 2024 blev det endvidere godkendt, at de resterende midler til fokusområdet på 0,1 mio. kr. allokeres til Region Hovedstaden Psykiatri til frikøb af medarbejdere fra Psykiatrisk Center København.

BRUGERPERSPEKTIV

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Arbejdsgrupperne vedrørende 'Indsats for skrøbelig faldtruede ældre' og 'Tværsektorielt samarbejde om borgere med kroniske sygdomme' har påbegyndt arbejdet med indsatserne og forventer at nå at anvende midlerne i 2024. Sekretariatet følger fortsat anvendelsen af midler på tværs af alle klyngens indsatser med henblik på at sikre anvendelse af resterende midler i 2024.

BILAG

-

11. SKRIFTLIG ORIENTERING: STATUS PÅ INDSATSER VEDR. TRÆNING FØR/I STEDET FOR OPERATION

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsklynge Byen besluttede i efteråret 2023, at der i 2024 skulle igangsættes et projekt med fokus på træning før eller i stedet for operation for borgere med artrose og borgere med kredsløbsrelaterede smerter i benene Claudicatio Intermittens (CI). Der gives en status for de foreløbige resultater.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- Det indstilles, at Faglig sundhedsklynge Byen tager orientering om projektstatus til efterretning.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen tog orienteringen til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

Projektet har til formål at øge ligheden i sundhed for de to målgrupper, og at støtte borgeren i at fastholde sit funktionsniveau og træningsindsats efter endt kommunalt træningsforløb ved at fortsætte sin træning. Derudover har der været et fokus på prioritering og effektivisering. Dette gennem en tilrettelæggelse af afprøvningerne, der har gjort borgere med de højeste sundhedskompetencer mere selvstændige og ansvarsfulde i forhold til at varetage deres egen træning, mens der har været et øget fokus på at støtte borgere med færre ressourcer og lave sundhedskompetencer.

Der er i projektet defineret seks indsatser:

1. Direkte henvisning af borgere med CI fra almen praksis til kommunalt træningstilbud
2. Tryk henvisning af sårbare borgere med artrose fra almen praksis til kommune
3. Direkte henvisning af borgere med artrose fra almen praksis til vægtindsats på Parker Institutet
4. Etablering af træningsnetværk ifm. det kommunale tilbud
5. Forpligtende aftaler med borgeren om fortsat træning efter endt kommunalt tilbud
6. Træning i lokalt fitnesscenter og lokale foreninger som en del af det kommunale tilbud

Foreløbige resultater

1. Direkte henvisning af borgere med CI

I projektet har det været muligt for udvalgte praktiserende læger at henvise borgere med CI direkte til et kommunalt tilbud om superviseret gangtræning. Formålet med at afprøve en ny henvisningsvej har været: 1) at aflaste Karkirurgisk afdeling på Rigshospitalet (som henviser i dag), så de kan

prioritere de patienter med det største behov, og 2) at igangsætte en træningsindsats tidligere i borgerens forløb og derved udskyde eller undgå en operation. Superviseret gangtræning har ca. 30 % større effekt end den, man ser efter en operation ifølge Dansk Karkirurgisk Selskab.

Siden projektstart i marts har der været 11 direkte henvisninger i Københavns (7) og Frederiksberg Kommune (4), hvilket er en pæn andel i lyset af, at det er en ny henvisningsform for de praktiserende læger. Det vurderes, at projektet er lykkedes med at få henvist borgere med CI direkte til et kommunalt tilbud, så deres træningsindsat har kunne igangsættes tidligere i forløbet. I evalueringen følges der op på borgernes syn på ønsket om operation er ændret, efter deres deltagelse i det kommunale træningstilbud.

2. Tryk henvisning af borgere med artrose og begrænsede sundhedskompetence

For borgere med artrose og begrænsede sundhedskompetencer har udvalgte praktiserende læger kunne henvise til kommunal træning ved en tryk henvisning, hvor kommunen er ekstra opmærksom på borgeren ift. fremmøde og fastholdelse i det kommunale tilbud. Der har været fire trykke henvisninger i Frederiksberg Kommune og ingen i Københavns Kommune. I København Kommune er tre henvisninger blevet ændret til trykke henvisninger, da det blev vurderet, at borgerne kunne have gavn af et træningsforløb med ekstra hjælp ift. fastholdelse.

Den foreløbige konklusion er, at det har vist sig sværere at få trykke henvisninger fra de praktiserende læger end forventet. På trods af at de praktiserende læger er blevet informeret om, både via et informationsmøde, skriftligt materiale og løbende nyhedsmail, hvad kommunernes tilbud indebærer og hvilke særlige tiltag, der iværksættes til sårbare borgere med artrose.

Overordnet viser det, at det er muligt at gennemføre nye henvisningsformer fra praktiserende læge, men at det kræver tid at implementere og løbende fokus fra kommunernes side ift. at holde de praktiserende læger orienteret om henvisningsmulighederne og det kommunale tilbud til disse specifikke målgrupper.

3. Direkte henvisning til Parker Instituttet

Der har været seks henvisninger fra almen praksis til vægtindsats på Parker Instituttet. De har deltaget i et otte ugers vægttabsforløb med henblik på henvisning til et kommunalt træningstilbud efterfølgende. Det afdækkes i evalueringen, hvor mange borgere, der er startet eller skal starte i et kommunalt træningstilbud.

4. Træningsnetværk

Der er afprøvet flere nye ting i projektet, bl.a. etablering af træningsnetværk og nye samarbejder med Pure Gym og frivillige foreninger som Gigtskolen. Frederiksberg Kommune har haft 4 borgere i et trænings-netværk, som har trænet to gange om ugen med fint fremmøde. Den største udfordring har været at rekruttere en frivillig tovholder, der kan facilitere netværket efter endt

kommunalt træningsforløb. Erfaringen med træningsnetværk til borgere med diabetes og hjertesygdom i Københavns Kommune, er, at det tager tid at få i gang og etableret som et permanent tilbud drevet af frivillige. Frederiksberg Kommune har haft fokus på at understøtte netværket med terapeuter og arbejder på at finde en frivillig tovholder.

5. Forpligtende aftaler med borgeren om fortsat træning

Det er afprøvet, hvordan der kan arbejdes med forpligtende aftaler med borgeren for at fastholde træningsindsatsen efter endt kommunalt forløb. Det er gjort gennem anvendelsen af dialogværktøjet MIN PLAN, som er udviklet til at lave forpligtende aftaler. Indtil nu er erfaringerne med MIN PLAN blandede, fx har flere borgere udfyldt alt i planen på en gang i stedet for undervejs i forløbet. Særligt motionsuvante borgere har svært ved at fokusere på målet med deres træning, når de afslutter det kommunale træningsforløb. Den foreløbige vurdering er, at MIN PLAN skal bruges senere i forløbet, så borgerne bedre kan fastsætte mål for deres nye træningsvaner efter det kommunale forløb. De foreløbige erfaringer suppleres med en særskilt evaluering af borgernes og terapeuternes oplevelse og brug af MIN PLAN.

6. Nye samarbejder og træning i Pure Gym og lokale foreninger

Projektet har med succes afprøvet et forløb, hvor træningen har været gennemført i Pure Gym. Det har fx været gangbåndstræning, styrketræning og boldspil. De inkluderede borgere har frit i træningsperioden kunne træne i Pure Gym fitnesscentre. Et tiltag som forhåbentlig bidrager til, at borgeren fortsætter sin træning efter endt kommunalt træningstilbud, hvilket belyses i evalueringen. Afprøvningen har bl.a. vist, at der er behov for at stratificere, hvilke borgere der egner sig til et træningsforløb i Pure Gym og hvilke, der skal have et vanligt træningsforløb i kommunens lokaler. De fysiske rammer i Pure Gym, gør det sværere at vise øvelserne og indstille maskinerne for borgerne. Derudover har Pure Gyms øvrige medlemmer også adgang til at træne samtidig, hvilket gør det sværere at træne med kommunernes borgere.

Samlet set har det dog været en succesfuld afprøvning, som har vist, at der er et stort potentiale i at flytte det kommunale træningsforløb ud i et fitnesscenter, som giver gode forudsætninger for, at borgeren kan fortsætte træningen under træningsforløbet og efterfølgende.

I projektet har Center for Genoptræning på Vesterbro indledt et nyt samarbejde med Gigtskolen, som har oprettet tilbud til begge målgrupper, som tilbydes ved endt kommunalt træningsforløb. Et træningstilbud, som skal bidrage til borgerens muligheder for at fastholde de gode træningsvaner opnået i deres kommunale træningsforløb. Dette vil der også blive fulgt op på i evalueringen. Center for Genoptræning på Vesterbro vil fortsætte samarbejdet med Gigtskolen efter projektet og vil bruge erfaringerne herfra til at etablere nye samarbejder med flere foreninger, så de har flere foreningstilbud, de kan udsluse borgerne til.

BRUGERPERSPEKTIV

Målet med projektet har været at bidrage til at øge ligheden i sundhed for målgrupperne, og at støtte borgeren i at fastholde sit funktionsniveau og træningsindsats efter endt kommunalt træningsforløb.

Der har i udviklingen af de seks indsatser og i afprøvningen heraf været en målrettet borgerinddragelse. Bl.a. har deres ønsker og input bidraget til indholdet i de seks indsatser. Fx ønsket om, at kommunen bidrager med brobygning til foreningstilbud og træningstilbud i lokalområdet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Projektet evalueres i august-september og afrapporteres til politisk klynge Byen den 8. november 2024.

BILAG

-

12. SKRIFTLIG ORIENTERING: STATUS PÅ INDSATSER UNDER FOKUSOMRÅDET 'SOCIALT UDSATTE BORGERES SOMATISKE SYGDOM'

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte i november 2023 to indsatser under fokusområdet 'Socialt udsatte borgeres somatiske sygdom'. Med denne sagsfremstilling gives status på begge indsatser.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen tager status vedr. samarbejde mellem de kommunale socialtandplejer i København og Frederiksberg og Flexklinikken på Bispebjerg Hospital til efterretning.
- At Faglig sundhedsklynge Byen tager status vedr. samarbejde om socialt udsatte borgere med rusmiddelproblematik og behov for abstinensbehandling til efterretning.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen tog orienteringen til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

Samarbejde mellem socialtandplejen og Flexklinikken

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte i november 2023 forslag til en række konkrete udviklingstiltag mhp. at etablere et systemiseret samarbejde mellem sektorerne om henvisning af Flexklinikens patienter, som på grund af deres udsathed ikke er i stand til at benytte almindelige tandplejetilbud, men som har behov for tandpleje:

- *Én indgang:* Etablering af én indgang til hver kommune, hvor Flexklinikken kan få svar på, hvordan en given borger kan håndteres bedst ift. deres tandproblemer
- *Informationsmateriale:* Udarbejdelse og distribution af informationsmateriale om Frederiksberg Kommunes socialtandpleje og Københavns Kommunes Socialtandpleje
- *Informationsmøder:* Afholdelse af informationsmøder, som skal bidrage til øget viden om målgrupperne, vidensdeling og styrket netværk.

Konsolidering af organiseringen

Arbejdsgruppen for samarbejdet mellem Flexklinikken og de kommunale socialtandplejer i Frederiksberg og Københavns kommune har i første halvår af 2024 konsolideret organiseringen af arbejdet efter, at der er kommet ny ledelse i både Flexklinikken og i Københavns Kommunes Voksentandpleje samt nye repræsentanter i arbejdsgruppen.

Lette henvisningsveje

Der er udformet informationsmateriale, der skal understøtte lette henvisningsveje, herunder én indgang samt en særlig guide til henvisning af borgere fra henholdsvis Københavns- og Frederiksberg Kommune. Det betyder, at Flexklinikken allerede nu kan henvise patienter i målgruppen for socialtandpleje.

Københavns Kommunes socialtandpleje har desuden i april 2024 åbnet en tandklinik placeret i Ny Psykiatri Bispebjergs byggeri tæt ved Flexklinikken på Bispebjerg Hospital, som ligeledes kan understøtte lette henvisningsveje.

Afprøvning af model for samarbejdet

Der er lagt en foreløbig plan for en afprøvning af en model for samarbejdet ift. Københavns Kommunes borgere, som der forventes flest af. Afprøvningen forventes at løbe i en tre måneders periode i efteråret 2024 og skal danne grundlag for vellykket implementering. Afprøvningen indebærer bl.a.:

- Etablering af lette henvisningsveje og styrkelse af relationer vha.;
 - Ét kontakttelfonnummer til kommunen
 - Udpegning af særlige kontaktpersoner i Københavns Kommunes Voksensandpleje, Københavns Kommunes Socialforvaltning samt Flexklinikken
- Ugentlig tandfagligt 'Åbent Hus' i Flexklinikken for Flexklinikens borgere og personale v. tandlægefaglig kontaktperson fra Voksensandplejen
- Indsamling af data
- Evaluering

Se uddybning i bilag 2 Udkast til model for samarbejdet om socialtandpleje.

Den endelige model for afprøvningen bliver besluttet på et møde i arbejdsgruppen den 29. august 2024 mhp. igangsættelse medio september - medio december. Efter en evaluering vil modellen blive justeret mhp. implementering fra 2025.

Samarbejde om socialt udsatte borgere med rusmiddelproblematik og behov for abstinensbehandling

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte i november 2023 forslag til tre udviklingstiltag for samarbejdet om socialt udsatte borgere med rusmiddelproblematik og behov for abstinensbehandling Arbejdsgruppen har efterfølgende valgt at tilføje en fjerde indsats om opfølgning og evaluering.

Tværasektoriel forløbsbeskrivelse

Der er arbejdet på at udvikle en tværasektoriel forløbsbeskrivelse for socialt udsatte borgere med rusmiddelproblematik og behov for abstinensbehandling, der tager udgangspunkt i princippet om 'no wrong door' (ingen forkert indgang). Forløbsbeskrivelsen skal understøtte, at borgerne bliver vurderet og hjulpet videre, uanset hvilken sektor de møder op i. Beskrivelsen tager udgangspunkt i, hvilke handlemuligheder der er før, under og efter indlæggelsen. Der er nu en grundskitse klar og endeligt produkt afventes. Hvorefter beskrivelsen er klar til udrulning/implementering. Se bilag 3.

Fælles tværsektorielt behandlerteam

Der er udviklet og afprøvet et fælles tværsektorielt behandlerteam, som er navngivet 'Det koordinerende patientteam'. Teamet består af aktører fra Flexklinikken på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Psykiatrisk Center København, Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har koordinatorkfunktionen for teamet. Teamet kan mødes to gange ugentligt, hvor forløb for relevante indlagte og ambulante socialt udsatte borgere, drøftes og koordineres. Teamet, der startede op i foråret 2024, har afholdt ugentlige konferencer og samlet god viden i forhold til hvordan tværsektorielle konferencer bedst varetages på dette område.

Kommunikation og datadeling

En indsats for at forbedre brugen og indholdet af den lægelige og socialfaglige kommunikation i behandlingsforløbet. Det er ønske fra alle aktører, at kommunikationen forbedres. Der arbejdes fortsat på at løse udfordringer med at dele information om borgere og patienter på forsvarlig vis og kommunikere hensigtsmæssigt mellem aktører. Der arbejdes på at kunne udarbejde et tilgængeligt fælles "flexnotat".

Opfølgning og evaluering

Gruppen vil opstille en programteori og gennemføre procesevaluering og effektevaluering med borgerens mål som reference.

Der identificeres barrierer og muligheder i samarbejdet og kommunikationen på tværs af sektorer. Der planlægges kvalitative interviews med borgere mhp. at belyse brugerperspektivet. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse i Region Hovedstaden er tovholdere for denne proces, hvor der både evalueres og arbejdes på et videre afsæt for arbejdet med socialt udsatte.

BRUGERPERSPEKTIV

Tiltagene skal være med til at sikre, at socialt udsatte borgere nemmere hjælpes videre i sundhedssystemet. Begge initiativer har indtænkt brugerperspektivet i deres udvikling og afprøvning af indsatserne, som tidligere er fremlagt for Faglig sundhedsklynge Byen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Ifølge årshjulet for Sundhedsklynge Byen skulle de to indsatser under fokusområdet afrapportere til Politisk sundhedsklynge Byen i november 2024. Begge arbejdsgrupper har ønsket at kunne færdiggøre afprøvninger og evalueringer. Derfor har formandskabet for Faglig sundhedsklynge Byen godkendt, at afrapportering på fokusområdet udsættes til første møde 2025.

BILAG

1. Udkast til model for samarbejdet om socialtandpleje
2. Guide til henvisning af borgere til socialtandpleje KK og FRB
3. Tværsektoriel forløbsbeskrivelse for samarbejde om socialt udsatte borgere med behov for abstinensbehandling

RAPPORT

Analyse af tilbage- henvisninger fra Børne- og Ungdoms- psykiatrisk Center

Analyse for Sundhedsklynge Byen

Indhold

Indhold	2
1 Baggrund, formål og resume	5
1.1 Baggrund	5
1.2 Formål og undersøgelsesspørgsmål	5
1.3 Datagrundlag	6
1.4 Resumé	6
2 Hypoteser om tiltag, som kan mindske andelen af tilbagehenvisninger fra BUC	10
2.1 Færre tilbagehenvisninger grundet manglende oplysninger	10
2.2 Kortere sagsforløb gennem styrket kommunikation mellem professionelle aktører	11
2.3 Færre tilbagehenvisninger af børn og unge, der vurderes uden for målgruppen	12
2.4 Færre tilbagehenvisninger og genhenvisninger ved tvivl om henvisningens relevans	13
2.5 "Lavthængende frugter"	14
3 Henvisninger og tilbagehenvisninger	15
3.1 Udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger	15
3.2 Henvisningsprocessen	17
4 Hvilke børn og unge tilbagehenvises fra BUC?	23
4.1 Sammenhæng mellem henvisninger og henvisningspart	23
4.2 Sammenhæng mellem henvisninger og aktiv sag i kommunen	26
4.3 Sammenhæng mellem henvisninger og bopælsstatus	28
4.4 Sammenhæng mellem henvisninger og indkomst	29
4.5 Kliniske visitationer	31
4.6 Sammenhænge mellem henvisninger og andre baggrundskarakteristika	33
4.7 Opsummering	33
5 Hvor stor en andel genhenvises til BUC?	35
6 Er der systematik i tilbagehenvisningsårsagerne?	39
7 Anvendt Metode	42
7.1 Fase 1	42
7.2 Fase 2	43
7.3 Fase 3	44



I denne rapport præsenteres resultaterne af en analyse af henvisninger til og tilbagehenvísninger fra børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden af børn og unge, der er bosiddende i Københavns og Frederiksberg Kommune.

Analysen er gennemført for at tilvejebringe viden, der kan lægges til grund for formulering af anbefalinger til tiltag, der kan begrænse omfanget af tilbagehenvísninger samt andelen af ikke-relevante henvisninger.

—

Rapporten er udarbejdet for Sundhedsklynge Byen af Implement Consulting Group i første halvår af 2024.

1 Baggrund, formål og resume

I det følgende præsenteres resultaterne af analyse af henvísninger og tilbagehenvísninger fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstadens Psykiatri (BUC) initieret af Sundhedsklynge Byen med henblik på at etablere et fremadrettet grundlag for anbefalinger til optimering af proces og kvalitet i henvísninger. Med henvísninger forstås henvendelse fra øvrige sundhedsaktører eller kommunale aktører til Børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på udredning eller behandling i psykiatrien. Tilbagehenvísninger betegner de situationer, hvor Psykiatrien i Region Hovedstaden ikke kan tilbyde udredning eller behandling, og derfor afviser, at der påbegyndes et forløb i BUC. I disse tilfælde får den henvísende part en skriftlig besked.

1.1 Baggrund

Med afsæt i en tilbagehenvísningsprocent fra BUC på omkring 30%, besluttede Politisk Sundhedsklynge Byen i maj 2023 at igangsætte en analyse af henvísninger med særligt fokus på børn og unge, der tilbagehenvís fra BUC. Dette gøres som led i en samlet indsats til kvalificering af henvísningsprocesserne, herunder nedbringelse af omfanget af tilbagehenvísninger og ikke-relevante henvísninger. Ønsket om færre tilbagehenvísninger udspringer af erfaringer med, at tilbagehenvísninger potentielt kan forsinke udredningsforløb og/eller tiden, der går, før et barn eller en ung i psykisk mistrivsel får den rette hjælp. Samtidig kan tilbagehenvísninger resultere i unødigt tids- og ressourceforbrug hos fagpersoner på tværs af sektorer.

1.2 Formål og undersøgelsesspørgsmål

Analysens overordnede formål er at bidrage til at mindske andelen af tilbagehenvísninger samt andelen af ikke-relevante henvísninger med henblik på at styrke det tværsektorielle samarbejde om børn og unge i mistrivsel, så flest muligt rettidigt får den hjælp, de har brug for. Desuden skal analysen generere øget viden om henvísningsprocesser og de årsager, der ligger til grund for tilbagehenvísning af børn og unge fra BUC. Det skal således undersøges, hvorvidt der er systematiske forskelle på tværs af de henvísninger, som fører til tilbagehenvísninger og de, der ikke gør. Analysens undersøgelsesspørgsmål er således:

- 1) Hvilke børn og unge tilbagehenvís fra BUC i forhold til baggrundskarakteristika som køn, sociale forhold og sygdomshistorik?
- 2) Er der systematik i de årsager, der gives for tilbagehenvísning af børn og unge fra BUC, herunder i forhold til henvísningspart og henvísningernes kvalitet?
- 3) Hvor stor en andel af tidligere tilbagehenviste genhenvíses senere til BUC?

Analysespørgsmål 1, 2 og 3 er således deskriptive i forhold til at afdække karakteristika og potentielle mønstre i tilbagehenvísninger med henblik på, at kunne formulere konkrete hypoteser om mulige tiltag, der kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenviste børn og unge fra BUC.

Målet er, at man med besvarelsen af analysespørgsmålene ud fra et datainformeret grundlag kan identificere hypoteser om områder, hvor Sundhedsklynge Byen med fordel kan vælge at formulere anbefalinger for yderligere analyse eller konkrete tiltag for at nedbringe omfanget af tilbagehenvísninger.

1.3 Datagrundlag

Besvarelsen af analysespørgsmålene er baseret på kvantitative data suppleret med kvalitative indsigter fra aktører i henvisningsprocessen indsamlet på workshops.

Den primære kvantitative datakilde er registerdata indsamlet fra de regionale registre, som indeholder oplysninger om alle henvisninger til BUC i perioden 2018-2024, herunder bl.a. oplysninger om den henvistes bopæl, henvisningsdato, henvisningsudfald, henvisningspart samt henvisningsdiagnose. Dette er suppleret med data for aktive PPR-sager og socialsager trukket fra de kommunale fagsystemer i hhv. Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune, samt data for den gennemsnitlige disponible indkomst på postnummerniveau i de to kommuner. Besvarelsen af analysespørgsmål 2 er yderligere suppleret med data for tilbagehenvísningsårsager fra en audit, som Region Hovedstadens Psykiatriske Center for Visitation og Diagnostik har foretaget i 2021.

Formuleringen af hypoteser er baseret på konklusionerne fra analysespørgsmålene samt de kvalitative drøftelser om processer og hypoteser gennemført på seminarer. På seminarerne har repræsentanter for forskellige relevante aktører deltaget:

- Ledelse i BUC i Region Hovedstadens Psykiatri
- Ledelse i Center for Visitation og Diagnostisk i Region Hovedstaden (CVD)
- PPR i Københavns og Frederiksberg Kommune
- Børne- og familieafsnit i Københavns og Frederiksberg Kommune
- Center for Mental Sundhed i Københavns Kommune
- Alment praktiserende læger på Frederiksberg

Hypoteser er blevet formuleret og præsenteret af Implement og derefter drøftet, nuanceret og vurderet af seminardeltagerne.

Analysens datagrundlag og metode uddybes i Afsnit 7.

1.4 Resumé

På baggrund af analysen kan udledes en række deskriptive konklusioner, der belyser den generelle udvikling i henvisninger og tilbagehenvísninger i perioden 2018-2023 og besvarer analysespørgsmålene. På baggrund af disse konklusioner opstilles en række hypoteser om, hvilke tiltag kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenviste børn og unge fra BUC.

1.4.1 Generel udvikling i henvisninger og tilbagehenvísninger

Hovedkonklusionerne om den generelle udvikling er:

- Der er i perioden 2019 til 2023 en betydelig stigning i omfanget af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.
- Der er samtidig en generel udvikling mod lavere andel tilbagehenvísninger – særligt fra almen praksis.
- Der således i perioden særligt en stigning i antallet af godkendte henvisninger, hvorimod antallet af tilbagehenvísninger ikke stiger tilsvarende.
- Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien sker i en kontekst præget af betydelig organisatorisk kompleksitet.

- Der er ofte iværksat en betydelig indsats for at afprøve andre tilbud inden henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien – særligt hvis henvisningen kommer fra kommunen.

1.4.2 Analysespørgsmål 1

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 1 (*Hvilke børn og unge tilbagehenvises fra BUC i forhold til baggrundskarakteristika som køn, sociale forhold og sygdomshistorik?*) konkluderes følgende:

- Størstedelen af både henvisninger, og henvisninger der tilbagehenvises, kommer fra almen praksis.
- Der ses i perioden fra 2019 til 2023 et fald i andelen af henvisninger, der tilbagehenvises til almen praksis.
- Stigningen i antallet af godkendte henvisninger kan hænge sammen med indførslen af kliniske visitationer i CVD. Dette er under antagelse af, at man tidligere har tilbagehenvist en stor andel af de henvisninger, hvor man har været i tvivl om hvorvidt, den skulle accepteres. Der ses en parallel sammenhæng mellem stigningen i antallet af godkendte henvisninger og stigningen i antallet af kliniske visitationer i dataperioden.

Karakteristika for børn og unge, der tilbagehenvises:

- Andelen af børn og unge fra Københavns Kommune, der henvises til BUC, som bor med begge deres forældre, er markant lavere end det er tilfældet for den samlede population af børn og unge inden for aldersspændet i Københavns Kommune.
- Der ses en negativ sammenhæng mellem den gennemsnitlige disponible indkomst i det postnummer et barn eller en ung bor i, og andelen af henvisninger fra almen praksis, som tilbagehenvises. Børn og unge bosiddende i et område med en højere gennemsnitlig disponibel indkomst bliver således i mindre grad tilbagehenvist til almen praksis, end børn og unge bosiddende i et område med en lavere disponibel indkomst.
- Der ses ingen sammenhæng mellem antallet af henvisninger fra den enkelte henvisningspart og tilbagehenvisninger. Ligeledes findes der ingen sammenhæng mellem køn og alder og omfanget af tilbagehenvisninger.
- Med udgangspunkt i de tilgængelige data er det ikke muligt at drage endelige konklusioner om eventuelle sammenhænge mellem henvisningsudfald, og hvorvidt det enkelte barn eller den enkelte unge har en social- eller PPR-sag i kommunen på henvisningstidspunktet.
- Også sammenhængen mellem henvisningsdiagnoser og tilbagehenvisninger er søgt belyst, men data har ikke haft en tilstrækkelig kvalitet til at dette har kunnet lade sig gøre.

1.4.3 Analysespørgsmål 2

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 2 (*Er der systematik i de årsager, der gives for tilbagehenvisning af børn og unge fra BUC, herunder i forhold til henvisningspart og henvisningernes kvalitet?*) konkluderes følgende:

- Manglende oplysninger er den hyppigste årsag til tilbagehenvisning, og en stor andel af de børn og unge, som tilbagehenvises af denne årsag, kan formodes at blive genhenvist.

- Det er særligt henvísninger fra almen praksis, som tilbagehenvíses med manglende oplysninger som årsag, men også kommunale henvísninger tilbagehenvíses i nogen grad på grund af manglende oplysninger.
- Mangelde afprøvnig i kommune og/eller almen praksis er også årsag til en relativt stor andel af tilbagehenvísninger, og det formodes, at der blandt disse også er en andel børn og unge, som genhenvíses til BUC efter indsats i kommune eller hos egen læge er forsøgt.

1.4.4 Analysespørgsmål 3

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 3 (*Hvor stor en andel af tidligere tilbagehenviste genhenvíses senere til BUC?*) konkluderes følgende:

- Genhenvísninger udgør en stor del af det samlede antal henvísninger. Ca. en tredjedel af alle børn og unge, der henvíses til BUC bliver henvist mere end én gang i løbet af den seksårige dataperiode, hvilket betyder, at ca. en tredjedel af alle henvísninger i perioden, er genhenvísninger. Der skal her tages forbehold for, at den afgrænsede dataperiode betyder, at disse tal med stor sandsynlighed undervurderer omfanget af genhenvísninger.
- Det er hyppigst almen praksis, som står for den første henvísning i et genhenvísningsforløb.

1.4.5 Hypoteser om mulige tiltag

Samlet set kan der i forhold til spørgsmålet om, hvilke tiltag der kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenviste børn og unge fra BUC, opstilles ni hypoteser, der kan fungere som afsæt for formulering af egentlige anbefalinger til fremtidige tiltag. Hypoteserne er samlet under fire overskrifter, der udtrykker ambitionen med hypoteserne.

Færre tilbagehenvísninger grundet manglende oplysninger

- 1) Et standardiseret online henvísningssystem, der kan tydeliggøre oplysningsbehovet i den konkrete henvísning, vil sikre en lavere andel henvísninger med manglende oplysninger.
- 2) En styrket teknisk mulighed for, at almen praksis kan vedhæfte relevante dokumenter til henvísning, vil føre til at færre henvísninger tilbagehenvíses på grund af manglende oplysninger.

Kortere sagsforløb gennem styrket kommunikation mellem professionelle aktører

- 3) En øget anvendelse af muligheden for sparring hos Center for Visitation og Diagnostik i forbindelse med potentiel henvísning til BUC kan føre til færre ikke-relevante henvísninger og færre tilbagehenvísninger på baggrund af mangler jævnfør samarbejdsaftalen.
- 4) En styrket kommunikation mellem almen praksis og kommunerne vil betyde kortere sagsforløb, da færre henvísninger vil blive tilbagehenvist grundet manglende oplysninger eller andre mangler jævnfør samarbejdsaftalen.

- 5) Hvis Center for Mental Sundhed kan henvise direkte til BUC vil sagsforløb kunne afkortes.
- 6) Fortsat fokus på tværsektoriel kommunikation gennem samordningsudvalg og driftsforum vil betyde en yderligere udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen, hvilket vil betyde en fortsat lavere andel tilbagehenvísninger.

Færre tilbagehenvísninger grundet henvísninger uden for målgruppen

- 7) Styrkede muligheder for tidligt at imødekomme forældres bekymringer med relevante tiltag vil føre til færre henvísninger, der afvises på grund af, at barnet/den unge falder uden for målgruppen.
- 8) Et styrket fokus på at tydeliggøre mulighederne for støtte til børn og unge i mistrivsel uden en diagnose, hvor kommune eller almen praksis vurderer, at det ikke vil være relevant at henvise til BUC, vil betyde, at færre forældre vil ønske deres børn udredt.

Færre tilbagehenvísninger og genhenvísninger ved tvivl om henvísningens relevans

- 9) Hvis der fortsat arbejdes med at indhente yderligere oplysninger ved tvivl om henvísningens relevans, vil det betyde færre tilbagehenvísninger af relevante henvísninger, hvilket videre vil føre til færre genhenvísninger.

2 Hypoteser om tiltag, som kan mindske andelen af tilbagehenvisninger fra BUC

På baggrund af den gennemførte analyse er der formuleret en række hypoteser om, på hvilke områder, der kan gennemføres tiltag, der kan bidrage til at nedbringe andelen af tilbagehenvisninger. Disse hypoteser præsenteres i dette afsnit. Hypoteserne er opdelt i følgende temaer:

- Færre tilbagehenvisninger grundet manglende oplysninger
- Kortere sagsforløb gennem styrket kommunikation mellem professionelle aktører
- Færre tilbagehenvisninger grundet henvisninger uden for målgruppen
- Færre tilbagehenvisninger og genhenvisninger ved tvivl om henvisningens relevans

Hypoteserne er udarbejdet på baggrund af data fra systemregistre og på kvalitative data indsamlet på seminarer i projektførløbet. På to processeminarer blev henvisningsprocessen beskrevet, og der blev peget på udfordringer i denne af deltagerne, der repræsenterede de forskellige aktører involveret i de fleste henvisningsprocesser.

Implement sammenholdt procesbeskrivelserne med de kvantitative data og opstillede på denne baggrund en række hypoteser om sammenhænge i udviklingen af henvisninger og tilbagehenvisninger.

Disse hypoteser blev præsenteret, drøftet og kvalificeret på et hypoteseseminar, hvor der også blev suppleret med yderligere hypoteser.

Sidst blev der gennemført en fortolkningsworkshop, hvor Driftsforum og repræsentanter for børne- og familieafsnit og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) deltog. Her blev en række præciserede hypoteser om mulige tiltag til nedbringelse af andelen af tilbagehenvisninger og andelen af ikke-relevante henvisninger. På workshoppen blev hypoteserne nuanceret og valideret, og der var samlet opbakning til at hypoteserne præsenteret nedenfor var relevante.

2.1 Færre tilbagehenvisninger grundet manglende oplysninger

Den gennemførte analyse viser, at der i særlig grad kan være et potentiale i at mindske andelen af henvisninger fra almen praksis, der bliver tilbagehenvist på grund af manglende oplysninger.

Også henvisninger fra andre henvisningsparter tilbagehenvises på grund af manglende oplysninger. Det særlige fokus på netop almen praksis er begrundet i a) den store andel af og volumen i henvisninger fra netop almen praksis og i b) analysen af genhenvisningsforløb og tilbagehenvisningsårsager.

På baggrund af de gennemførte analyser, kan der opstilles følgende hypoteser, der kan fungere som afsæt for formulering af egentlige anbefalinger til fremtidige tiltag:

- **Et standardiseret dynamisk henvisningssystem vil sikre en lavere andel henvisninger med manglende oplysninger.**

Der kan udvikles et elektronisk henvisningssystem, hvor henvisningen først kan indsendes, hvis alle nødvendige oplysninger er indeholdt/vedhæftet henvisningen. Der kan i denne forbindelse hentes inspiration fra BUC's eksisterende henvisningsskema, der anvendes af PPR. Da der kan være forskel på behovet for oplysninger, afhængigt af henvisningens karakter, skal systemet kunne tage højde for dette, ved at henviser markerer, hvilken type henvisning, der er tale om. Man kan samtidig med fordel sikre

sig at henvisningsdiagnose, der er listet som krav til henvisningens indhold, fremgår tydeligt af henvisningsskemaet. Her kan de eksisterende kategorier, som anvendes til kategorisering af henvisningsdiagnose, eventuelt anvendes.

Gevinsten vil være, at der ikke kan indsendes henvisninger, hvor der mangler grundlæggende oplysninger (som for eksempel samtykke og kognitiv vurdering). Ligeledes vil det elektroniske system gøre det muligt at monitorere udviklingen i blandt andet henvisningsårsager.

Hvis denne løsning kan implementeres på tværs af alle henvisningsparter, vil det samtidig betyde, at den potentielle gevinst kan omfatte alle henvisninger, og således samlet set reducere antallet af tilbagehenvisninger på grund af manglende oplysninger fra alle parter.

Ved udvikling og eventuel implementering af denne løsning bør alle henvisningsparter involveres tæt for at sikre relevans og gevinst for alle parter.

Endelig bør der ved eventuel implementering være en særlig opmærksomhed på mulige utilsigtede konsekvenser. Det kan for eksempel være henvisninger, der ikke bliver sendt (hvor der er et reelt behov), på grund af, at henviser ikke har kunnet indhente alle nødvendige oplysninger, der muliggjorde indsendelse af henvisningen.

- **En styrket teknisk mulighed for, at almen praksis kan vedhæfte relevante dokumenter til henvisning, vil føre til, at færre henvisninger tilbagehenvises på grund af manglende oplysninger.**

Almen praksis oplever, at det teknisk ikke er muligt at vedhæfte/vedlægge større dokumenter (f.eks. dokumentation af undersøgelser gennemført hos PPR) til henvisningerne til BUC i det nuværende korrespondancesystem.

Det kan undersøges, hvor omfattende konsekvenserne af den tekniske begrænsning er. Hvis begrænsningen har omfattende konsekvenser, og der ikke indføres et standardiseret henvisningssystem, kan der udarbejdes en teknisk løsning på problemet.

Almen praksis bør involveres tæt i eventuel analyse og udvikling af løsning. Sandsynligheden for negative utilsigtede konsekvenser af et eventuelt tiltag vurderes umiddelbart at være lav.

2.2 Kortere sagsforløb gennem styrket kommunikation mellem professionelle aktører

Den gennemførte analyse viser, at der er et uudnyttet potentiale i kommunikationen mellem de professionelle parter. Manglende eller begrænset kommunikation kan føre til unødigt lange sagsbehandlingsprocesser. Særligt vil omfanget af genhenvisninger – og de lange forløb knyttet til dette – kunne mindskes. Mindst 18 % af de børn og unge, der henvises til BUC bliver tilbagehenvist ved første henvisning og får senere accepteret en henvisning. Det vil – alt andet lige – sige, at der bør være et potentiale for kortere forløb for op til 18 % af de børn og unge, der henvises.

- **En øget anvendelse af muligheden for sparring hos Center for Visitation og Diagnostik i forbindelse med potentiel henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center kan føre til færre ikke-relevante henvisninger og færre tilbagehenvisninger på baggrund af mangler i samarbejdsaftalen.**

Alle aktører, der har erfaring med at anvende muligheden for sparring hos CVD, fremhæver dette som positivt. Erfaringen fra både PPR, tilbud forankret i den kommunale sundhedsforvaltning og almen praksis er, at sparringen er relevant i de tilfælde, hvor henvisningspart er i tvivl om, hvorvidt der skal henvises, og at sparringen generelt kvalificerer henvisningerne.

En bredere anvendelse af sparring kræver både, at kendskabet til muligheden for sparring udbredes til de relevante henvisningsparter, og at der er tilstrækkelig kapacitet til, at sparringen kan gives. Der kan eventuelt indhentes erfaringer fra systematiseret sparring mellem børne- og ungdomspsykiatri, kommuner og almen praksis i

Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Det foreslåede samarbejde kan eventuelt styrkes yderligere ved at indtænke samarbejdet med forældre i muligheden for sparring hos CVD.

- **En styrket kommunikation mellem almen praksis og kommunerne vil betyde kortere sagsforløb, da færre henvisninger vil blive tilbagehenvist grundet manglende oplysninger eller andre mangler jævnfør samarbejdsaftalen.**

Udveksling af oplysninger mellem kommune og almen praksis er ofte meget relevant i forbindelse med indsatsen for et barn/en ung i psykisk mistrivsel – både før og efter en beslutning om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien. En teknisk understøttelse af kommunikationen og muligheden for at udveksle relevante dokumenter på effektiv og sikker vis vil styrke muligheden for en helhedsorienteret vurdering og for at udarbejde en henvisning, der lever op til samarbejdsaftalen.

En styrket kommunikation kan understøttes ved, at der implementeres en mulighed for direkte elektronisk kommunikation mellem relevante parter i kommunen og almen praksis. Den tekniske løsning bør kombineres med udvikling og implementering af faste processer for anvendelsen af den tekniske mulighed. Her bør der særligt være fokus på, hvordan det sikres, at kommunikationen er målrettet og har en høj kvalitet. Ligeledes bør der være gensidigt afstemte forventninger til, hvordan kommunikationsmuligheden anvendes.

Det er centralt, at udvikling af procedurer for samarbejde mellem almen praksis og kommunen integreres i udviklingen af processer og kommunikation om adgang til lettilgængeligt kommunalt tilbud om lettere behandling til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

- **Hvis Center for Mental Sundhed kan henvise direkte til BUC vil sagsforløb kunne afkortes.**

En række unge borgere er i samtaleforløb i Center for Mental Sundhed under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) i Københavns Kommune. I de tilfælde, hvor der identificeres et behov for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, henvises der til egen læge/almen praksis, med en anbefaling om, at patienten henvises til BUC. Hvis Center for Mental Sundhed kunne henvise direkte til BUC ville en række sagsgange kunne undværes hos almen praksis. Dette vil alt andet lige kunne føre til kortere sagsforløb og unødigt ressourceanvendelse hos almen praksis.

Beslutningen om eventuelt at give Center for Mental Sundhed adgang til at kunne henvise direkte til BUC vurderes at ligge hos Københavns Kommune alene.

- **Fortsat fokus på tværsektoriel kommunikation gennem samordningsudvalg og driftsforum vil betyde en yderligere udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen, hvilket vil betyde en fortsat lavere andel tilbagehenvísninger.**

Det er de professionelle aktørers oplevelse, at kommunikation og fokus på det tværsektorielle samarbejde om henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien har bidraget til gradvis større kvalitet i henvisningerne. Det opleves desuden blandt de fagprofessionelle, at samarbejdsaftalen udgør et godt grundlag for samarbejdet om henvisningerne. Dog kan der være behov for større tydelighed om samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne, jævnfør ovenfor.

2.3 Færre tilbagehenvísninger af børn og unge, der vurderes uden for målgruppen

Den gennemførte analyse viser, at der kan være et potentiale i at sænke omfanget af tilbagehenvísninger, ved at sænke antallet af henvisninger, hvor den henviste forventeligt er uden for BUC's målgruppe, jævnfør Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom. Denne hypotese udspringer af en oplevelse, på tværs af almen praksis, kommunale fagpersoner og BUC, af, at flere forældre efterspørger en udredning ved børne- og ungdomspsykiatrien i tilfælde, hvor fagpersonerne på tværs ikke oplever, at det er relevant.

Når forældrene ønsker en henvisning, og fagpersonerne ikke vurderer, at det er relevant, kan det i praksis lede til øget bekymring og frustration hos forældrene og faldende kvalitet i samarbejdet med kommune og/eller almen praksis. I det omfang forældrene således fastholder ønsket om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, bliver der i nogle tilfælde udarbejdet henvisninger, selvom henviser ikke forventer, at henvisningen vil blive accepteret, fordi vurderingen er, at barnet/den unge falder udenfor målgruppen jævnfør samarbejdsaftalen. Henvisningen kan imidlertid ses som en mulighed for "at få prøvet sagen af", også for forældrene. Hvor omfattende denne problematik er, eksisterer der ikke objektive data på. Det må forventes, at disse sager udgør en del af de op til ca. 15 % af henvisningerne, der ikke godkendes trods en eller flere henvisninger. Det er oplevelsen blandt de fagprofessionelle, at forældrenes ønske om udredning hos BUC blandt andet kan handle om en forståelse af, at der er bedre adgang til hjælp og støtte, hvis barnet/den unge har fået en diagnose.

- Styrkede muligheder for tidligt at imødekomme forældres bekymringer med relevante tiltag vil føre til færre henvisninger, der afvises på grund af, at barnet/den unge falder uden for målgruppen.**

Andre tilbud til familien, hvor forældre oplever sig hørt og forstået tidligt i deres bekymring for deres børns trivsel, kan betyde at et ønske om udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor fagpersoner ikke finder det relevant, forekommer mindre hyppigt.

I et samarbejde mellem almen praksis, PPR, regionen og forældre kan der arbejdes med udvikling af en tidlig dialog om forældrenes bekymringer og forventninger til muligheden for hjælp, støtte og behandling. Denne tidlige dialog bør sammentænkes med mulighederne for sparring fra CVD, som beskrevet ovenfor i afsnit 2.2.

At udvikle den tidlige dialog med familien på disse punkter hænger tæt sammen med udviklingen af procedurer i forbindelse med etablering af et kommunalt behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel, og dette bør sammentænkes. Herunder kan der være fokus på indsatser til både børn og forældre, der kan iværksættes i forbindelse med ventetid til PPR, til udredning eller behandling ved privatpraktiserende speciallæge og ved dialog om henvisning til BUC. Dette kan være med til at mindske udviklingen af negative symptomer og bekymring hos familien.
- Et styrket fokus på at tydeliggøre mulighederne for støtte til børn og unge i mistrivsel uden en diagnose vil betyde, at færre forældre vil ønske deres børn udredt, hvor kommune eller almen praksis vurderer, at det ikke vil være relevant at henvise til BUC.**

Fra forældre kan der være en forventning om, at deres børn tilbydes bedre og mere kvalificeret støtte, hvis deres barn får en diagnose. Hos de fagprofessionelle er der enighed om, at dette som hovedregel ikke gør sig gældende i de tilfælde, hvor barnet ikke er i målgruppe for at blive tilbudt behandlingsforløb i den regionale psykiatri. Det vil derfor betyde at færre børn og unge, som af henvisningsparterne ikke vurderes at være i målgruppen for den regionale børne- og ungdomspsykiatri, vil blive henvist, hvis forældre i højere grad end i dag oplever, at mulighederne for relevant indsats ikke er afhængigt af, at deres barn har en diagnose.

En indsats, der skal styrke forældrenes oplevelse af reelle og velfungerende indsatser, kræver tæt dialog med forældrerepræsentanter i udvikling af denne. Der kan her hentes erfaringer fra blandt andet forsøg med forældregrupper i regi af STIME.

2.4 Færre tilbagehenvisninger og genhenvisninger ved tvivl om henvisningens relevans

Den gennemførte analyse viser, at der er et potentiale for at nedbringe antallet af tilbagehenvisninger med efterfølgende genhenvisning, ved at undgå tilbagehenvisninger ved tvivl om henvisningens relevans.

Tvivl om henvisningens relevans kan være begrundet i manglende oplysninger, der gør, at visitator ikke kan vurdere relevansen, og det kan være begrundet i tvivl om, hvorvidt andre indsatser hos egen læge eller kommunen kan være tilstrækkelige.

Der kan desuden være tvivl om, hvorvidt henvisningens formalia tillader relevant handling på henvisningen, særligt i forhold til krav om informeret samtykke fra begge forældre ved undersøgelse og behandling af børn under 15 år ved delt forældremyndighed. Dette forstås dog ikke i denne sammenhæng som en tvivl om relevans.

I den analyserede periode, er der i CVD indført en klinisk visitation, der gennemføres ved tvivl om henvisningens relevans. Der ses en meget lille andel af tilbagehenvisninger blandt de kliniske visitationer. Der kan på denne baggrund formuleres en hypotese om, at henvisninger i lavere grad end tidligere tilbagehenvises ved tvivl, og at yderligere oplysninger i stedet indhentes som led i visitationen.

- **Hvis der fortsat arbejdes med at indhente yderligere oplysninger ved tvivl om henvisningens relevans, vil det betyde færre tilbagehenvisninger af relevante henvisninger, hvilket vil føre til færre genhenvisninger.**

På baggrund af analysen kan det formodes, at en del af de tilbagehenvisninger, der begrundes med manglende oplysninger, og dermed tvivl om henvisningens relevans, er relevante henvisninger. Ved tilbagehenvisning af disse henvisninger genhenvises ofte senere, hvilket fører til yderligere ressourceanvendelse og til forlængede sagsforløb.

For at sikre et solidt grundlag for vurdering af potentialet ved tiltag til i højere grad at indhente yderligere oplysninger ved tvivl om henvisningernes relevans, bør der gennemføres en mere målrettet analyse af erfaringer med a) tilbagehenvisninger ved mangelfulde oplysninger, b) tilbagehenvisninger ved manglende afprøvning i kommune eller hos almen praksis, c) klinisk visitation i CVD og d) visitation i BUC.

Hvis der arbejdes med at udvide omfanget af klinisk visitation – eller andre former for indhentning af yderligere oplysninger - bør der være en opmærksomhed på kapaciteten og risiko for ventetid. Ligeledes bør det sikres, at henvisningerne fortsat indeholder de oplysninger, de skal indeholde, jævnfør samarbejdsaftalen. Dette kan eventuelt sikres gennem indførelse af et standardiseret elektronisk dynamisk henvisningssystem.

2.5 “Lavthængende frugter”

Implement vurderer, at særligt tiltag, der standardiserer henvisningerne og begrænser tekniske udfordringer, på relativt kort sigt vil kunne bidrage betydeligt til nedbringelse af andelen af henvisninger, der tilbagehenvises grundet manglende oplysninger. Dette vil desuden medføre et fald i omfanget af genhenvisninger, hvilket vil være ressourcebesparende for alle parter i processen.

Det lettest eksekverbare tiltag vil formodentlig være, at der i Københavns Kommune træffes beslutning om, at Center for Mental Sundhed kan henvise direkte til BUC.

Endelig vil indførelse af bredere mulighed for sparring med hos Center for Visitation og Diagnostik formodentlig føre til færre ikke-relevante henvisninger. Dette kræver dog en betydelig indsats for at sikre kendskab til muligheden i almen praksis.

3 Henvisninger og tilbagehenvisninger

I dette afsnit præsenteres en beskrivelse af den generelle udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune og i Københavns Kommune – sammenlignet med udviklingen for børn og unge bosiddende i øvrige kommuner i regionen.

Ligeledes gives der en præsentation af de nuværende henvisningsprocesser. Afsnittet giver således samlet set en nødvendig baggrund for besvarelsen af analysespørgsmålene.

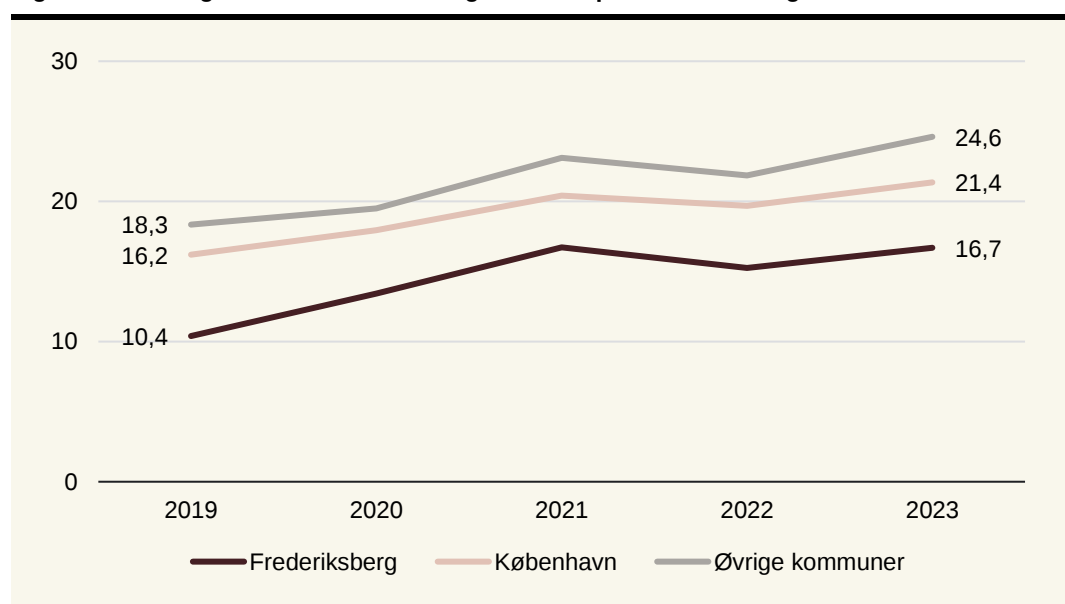
3.1 Udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger

Der har i en femårig periode fra 2019-2023 været 37.475 henvisninger til BUC. Af disse er 1.305 henvisninger af børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune og 10.567 henvisninger af børn og unge bosiddende i Københavns Kommune på henvisningstidspunktet.

Figur 1 nedenfor viser udviklingen i antallet af henvisninger til BUC pr. 1.000 børn og unge (0-17-årige) bosiddende i hhv. Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og de øvrige kommuner i Region Hovedstaden. Her ses det, at antallet af henvisninger pr. barn og ung er steget i hele Region Hovedstaden over de seneste fem år. Stigningen i antallet af henvisninger har været særlig stor i Frederiksberg Kommune, hvor antallet af henvisninger pr. 1.000 børn og unge er steget fra 10,4 i 2019 til 16,7 i 2023, hvilket svarer til en stigning på 61%. I Københavns Kommune og de øvrige kommuner i Region Hovedstaden har stigningen til sammenligning været på hhv. 32% og 34%.

Både Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune har færre henvisninger pr. barn og ung i kommunen sammenlignet med de øvrige kommuner i Region Hovedstaden. Særligt i Frederiksberg Kommune er niveauet lavt sammenlignet med resten af regionen – her er antallet af henvisninger pr. 1.000 børn og unge 29% mindre end resten af regionen (inkl. København) i 2023. Niveauet i Københavns Kommune ligger 11% under niveauet for de øvrige kommuner (inkl. Frederiksberg) i regionen i 2023.

Figur 1: Udvikling i antallet af henvisninger til BUC pr. 1.000 0-17-årige



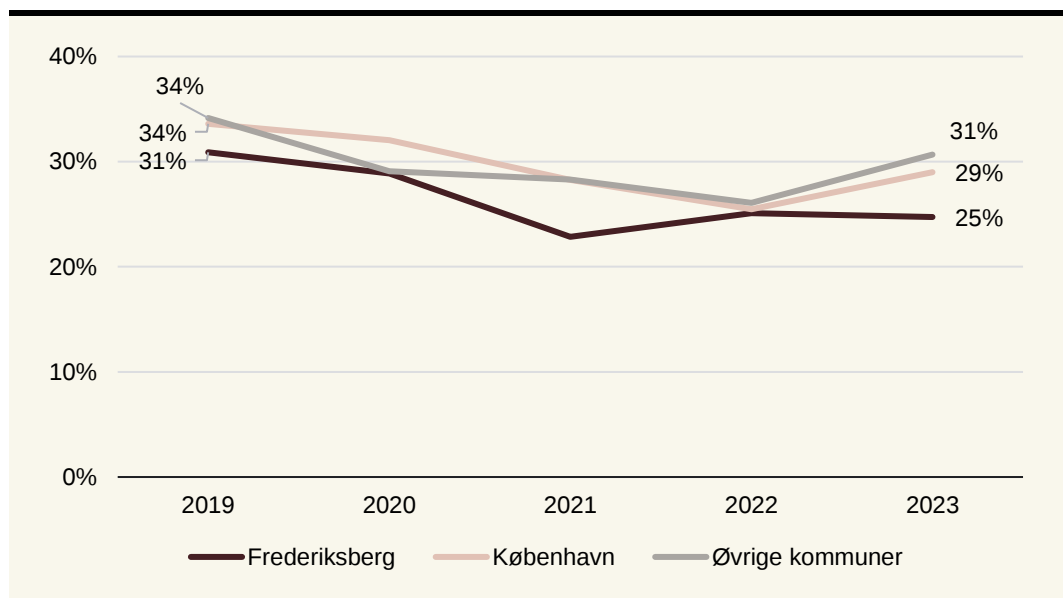
Figur 2 viser udviklingen i andelen af tilbagehenvísninger fra BUC, fordelt på henvísninger af børn og unge bosiddende i hhv. Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og et gennemsnit for de øvrige kommuner i Region Hovedstaden.

Andelen af tilbagehenvísninger har været faldende i hele Region Hovedstaden over de seneste fem år. I Frederiksberg Kommune er andelen faldet med 6 procentpoint, fra 31% i 2019 til 25% i 2023, mens den i Københavns Kommune er faldet med 5 procentpoint, fra 34% i 2019 til 29% i 2023.

Niveauet i andelen af tilbagehenvísninger er på tværs af hele perioden lavere i Frederiksberg Kommune end i både København og de øvrige kommuner i regionen.

I både Københavns Kommune og de øvrige kommuner i regionen har andelen af tilbagehenvísninger været faldende i alle årene undtagen fra 2022 til 2023, hvor der ses en stigning på hhv. 4 og 5 procentpoint. Derimod ses der i Frederiksberg Kommune en stigning fra 2021 til 2022 på 2 procentpoint, hvorefter niveauet har ligget konstant på 25% i både 2022 og 2023.

Figur 2: Udvikling i andelen af henvísninger til BUC, der tilbagehenvís



På tværs af data præsenteret i Figur 1 og Figur 2 ses det således, at antallet af henvísninger har været stigende i både Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og i resten af Region Hovedstaden i løbet af de seneste fem år, og at andelen af henvísninger, som tilbagehenvís, har været faldende i samme periode.

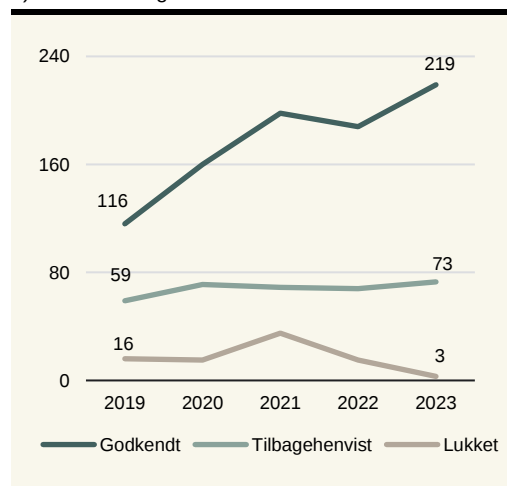
Samtidig med, at antallet af henvísninger samlet set har været stigende i perioden, har der således været en udvikling, hvor en større andel henvísninger godkendes end tidligere. I Frederiksberg Kommune har der jf. Figur 3a fra 2019 til 2023 været en stigning i antallet af godkendte henvísninger på 89%, mens stigningen i antallet af tilbagehenvísninger blot har været på 24% i samme periode. I Københavns Kommune har stigningen i antallet af godkendte henvísninger været på 52%, mens stigningen i antallet af tilbagehenvísninger har været på 15%, jf. Figur 3b. Antallet af henvísninger, som lukkes¹, udgør en relativt lille del af det samlede henvísningssantal, hhv. 1% i Frederiksberg og 3% i København i 2023,

¹ Lukkede henvísninger dækker bl.a. over henvísninger, som annulleres, fejlhenvísninger, dobbelthenvísninger og henvísninger, hvor borgeren er flyttet til en anden region.

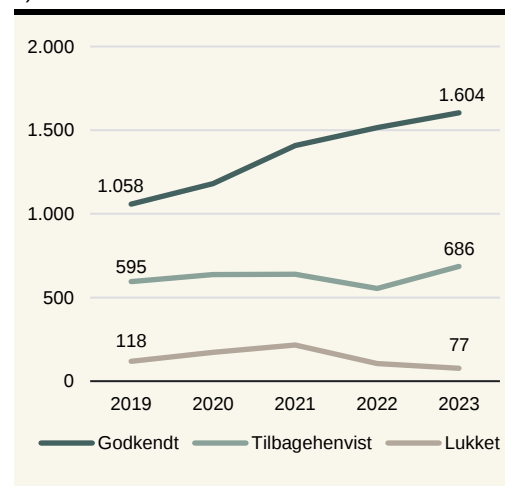
men er også faldet i løbet af dataperioden. Det er således ikke et fald i *antallet* af henvísninger, som tilbagehenvís, der primært driver faldet i *andelen* af henvísninger, der tilbagehenvís, men derimod en stigning i antallet af henvísninger, der godkendes.

Figur 3: Udvikling i antal henvísninger fordelt på henvísningsudfald

a) Frederiksberg Kommune



b) Københavns Kommune



3.2 Henvísningsprocessen

I dette afsnit præsenteres et overblik over henvísningsprocessen, som den ser ud i praksis i de fleste af henvísningsforløbene, som denne analyse omfatter. Henvísningsprocesser fra en bekymring om psykiske vanskeligheder opstår, til henvísningen er accepteret eller afvist i BUC, eller alternativ indsats er iværksat, er kortlagt i detaljer for følgende centrale aktører:

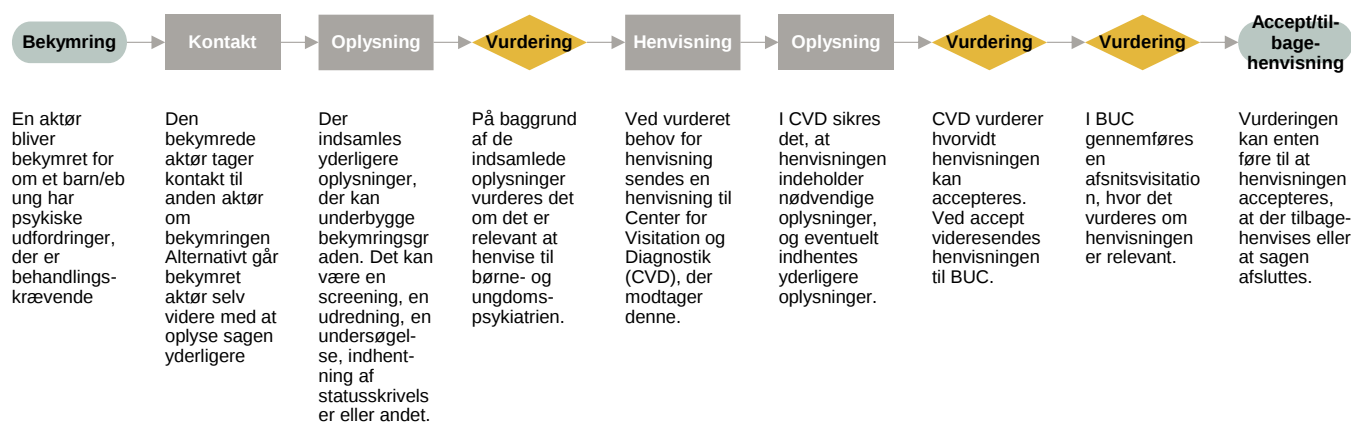
- Almen praksis
- PPR (herunder på baggrund af henvendelser fra dagtilbud og skole)
- Børne- og familieafsnit i den kommunale forvaltning
- Sundhedsforvaltningen (specifikt for Københavns Kommune – Center for Mental Sundhed)
- Center for Visitation og Diagnostik
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

Familie og barn er selvfølgelig den mest centrale aktør, som alle kortlægningerne tager udgangspunkt i. Projektets fokus på at kortlægge og tilpasse henvísningsprocedurer hos de fagprofessionelle aktører har dog betydet, at der ikke er indhentet data specifikt fra børn og familier.

Herudover spiller også andre sygehusafdelinger, privatpraktiserende speciallæger, privathospitaler en rolle i det samlede system. Ligeledes er der i skoler og dagtilbud ofte afklarende, vurderende og støttende aktiviteter inden en bekymring fører til en henvendelse til PPR eller børne- og familieafsnit. Dette er ikke kortlagt i detaljer i forbindelse med nærværende analyse, da langt hovedparten af alle henvísninger går via almen praksis eller via PPR og i mindre omfang børne- og familieafsnittene.

De relevante procestrin er kortlagt for hver af de ovenfor nævnte aktører. Dette er gjort ud fra en overordnet forståelse af den samlede proces, som illustreret i nedenstående figur.

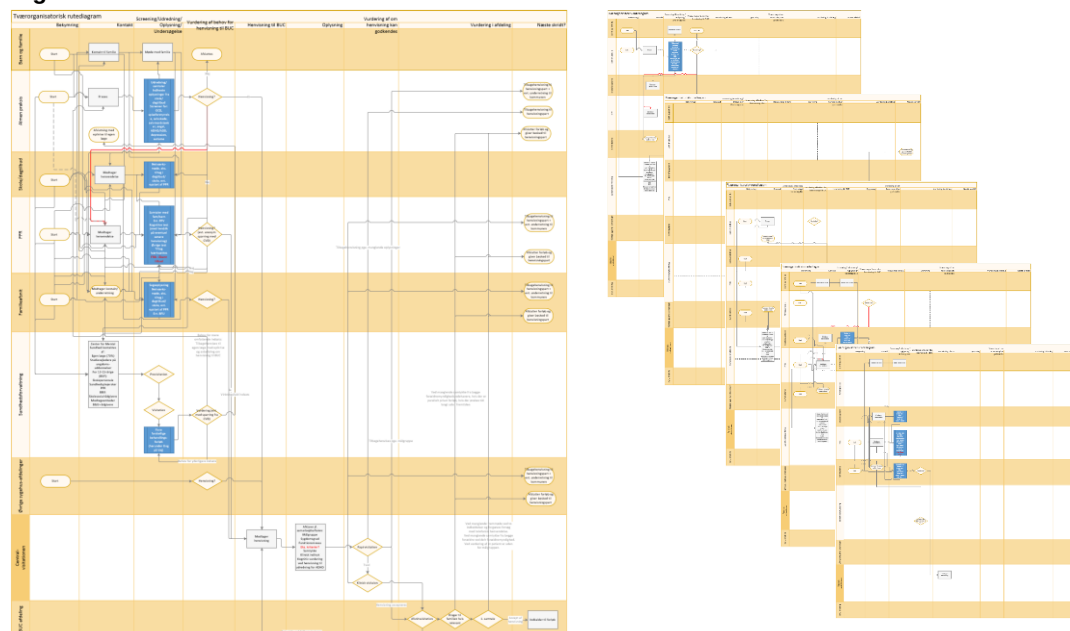
Figur 4: Trin i henvisningsprocesserne



For hver aktør og for hvert trin har vi kortlagt praksis, for på den måde at skabe et systematisk overblik over de mange aktører og de vigtigste sammenhænge aktørerne imellem.

Henvisningsprocessen er forskellige afhængig af, hvilken aktør processen starter hos. Der er blevet optegnet et proceskort for henvisningsprocesser, der tager afsæt i hver af de beskrevne aktører. Disse er vedlagt som bilag til rapporten.

Figur 5: Proseskort - illustration



For at forstå disse proceskort gives nedenfor en kortfattet introduktion baseret på processen, som den ser ud med fokus på almen praksis rolle i den samlede henvisningsproces.

Nogle få ting er særlige for hver af de to kommuner, der indgår i analysen. Således er Sundhedsforvaltningen i Københavns Kommune inddraget med Center for Mental Sundhed, der har samtaleterapeutiske tilbud til unge fra 13 år med psykiske vanskeligheder. I Frederiksberg Kommune er der ikke tilsvarende tilbud forankret i sundhedsområdet.

Derimod har Frederiksberg Kommune indgået en aftale med de alment praktiserende læger på Frederiksberg om, at lægerne kan henvise til PPR, når dette vurderes relevant, ud fra en række kriterier formuleret i fællesskab. Desuden har Frederiksberg Kommune et tilbud om lettere behandling for børn og unge med psykisk mistrivsel. På de udarbejdede proceskort er de særlige processer og indsatser i Frederiksberg markeret med rødt.

De blå bokse betyder at procestrinnet repræsenterer en mere detaljeret proces, der i sig selv består af en række procestrin.

Henvisningsproces med udgangspunkt i almen praksis

Proceskortet læses som følger:

- 1) Bekymringen starter ofte hos familien, eller den kan opstå hos lægen selv i forbindelse med en henvendelse fra familien om et andet spørgsmål.
- 2) Familien går til lægen og beder om hjælp.
- 3) Almen praksis iværksætter et forløb, der kan bestå af en eller flere samtaler, hvor der udredes og screenes for relevante symptomer og tegn på psykisk sygdom. Eventuelt indhentes oplysninger fra skole, dagtilbud eller andre relevante aktører.
- 4) Herefter vurderer den alment praktiserende læge, om der er basis for en henvisning til BUC, eller andre relevante tilbud, såsom PPR i Frederiksberg Kommune eller Center for Mental Sundhed i Københavns Kommune. Desuden vurderes det, om der bør underrettes til det kommunale børne- og familieafsnit.
- 5) Ved vurdering af behov for henvisning udarbejdes en henvisning til BUC, som modtages i Center for Visitation og Diagnostik i Region Hovedstadens Psykiatri.

For processen i almen praksis er der en række områder, hvor der er mulighed for at forbedre henvisningsprocessen. For det første peges der af repræsentanter for almen praksis på, at der kan være tekniske udfordringer med at vedhæfte de relevante dokumenter til henvisningen. For det andet peger repræsentanter for Center for Visitation og Diagnostik på, at de modtager mange henvisninger fra almen praksis med manglende oplysninger. For det tredje peger repræsentanter for almen praksis på, at der nogle gange henvises for at "få prøvet sagen". Dette er ofte i de tilfælde, hvor den alment praktiserende læge ikke er sikker på, at det er relevant at henvise, men hvor der er et stærkt ønske hos forældrene om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

Henvisningsproces med udgangspunkt i PPR

Processen i PPR starter ofte med henvendelse fra skole eller dagtilbud – eller familien selv. I nogle tilfælde bliver PPR også kontaktet af almen praksis. Familien er ofte i tæt dialog med PPR gennem hele forløbet, og henvisningen sker således i tæt samarbejde med familien.

Som hovedregel bliver der afprøvet en række forskellige indsatser i samarbejde med skole, dagtilbud, familieafsnit eller andre aktører, før det vurderes, hvorvidt der skal henvises til BUC. Undtagelserne er de tilfælde, hvor det er tydeligt, at der bør ske en henvisning til BUC – f.eks. ved selvmordstruede børn. I Frederiksberg Kommune er der etableret et Åbent tilbud, hvor der tilbydes lettere behandling til børn og unge med psykisk mistrivsel, som ofte vil være en mulighed, der afprøves inden en eventuel henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

Desuden gennemføres en række test og/eller screeninger, inden der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Disse test er i nogen grad bestemt af kravene til, hvad henvisninger til BUC skal indeholde, som disse tolkes af BUC.

Det er den generelle opfattelse i CVD og BUC, at henvisninger fra PPR som hovedregel er velbeskrevne.

PPR-repræsentanter beskriver, at de ofte kontaktes af familier, hvor der har været henvist til børne- og ungdomspsykiatrien fra almen praksis, hvor henvisningen er blevet afvist. Ligeledes er der henvendelser, hvor der tidligere har været kontakt til privatpraktiserende psykiatere, privatpraktiserende psykologer, tandlæger med mere.

På Frederiksberg er der etableret et formelt samarbejde mellem PPR og almen praksis, hvor der kan kommunikeres om indsatser for børn i psykisk mistrivsel, som ikke umiddelbart er relevante for regional psykiatrisk behandling. Repræsentanter for både almen praksis og PPR i Frederiksberg Kommune fremhæver samarbejdet som positivt.

Se proceskort i bilag for flere detaljer.

Henvisningsproces med udgangspunkt i børne- og familieafsnit

Henvisningsprocesser, der har udgangspunkt i kommunens børne- og familieafsnit, kan være igangsat gennem en henvendelse fra en samarbejdspart eller familie, gennem en underretning eller ved, at sagsbehandler eller leverandør i eksisterende sag i børne- og familieafsnittet bliver opmærksomme på et muligt behov for udredning eller behandling i psykiatrien.

I langt de fleste sager, hvor familieafsnittet er involveret, vil der allerede være igangsat, eller som led i henvendelsen fra familie eller samarbejdsparter blive igangsat, en sagsoplysning og en servicelov-baseret indsats. Disse indsatser, der kan omfatte for eksempel en børnefaglig undersøgelse, vil som regel indebære en inddragelse af og tæt samarbejde med relevante samarbejdsparter og familie, herunder for eksempel skole, dagtilbud, PPR med videre. Således afprøves andre tiltag i barnets nærmiljø inden en eventuel henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

I mange eksisterende sager for børn i skolealderen, er der allerede kontakt med PPR, hvilket ofte betyder, at det er PPR, der varetager henvisningen til børne- og ungdomspsykiatrien. I de tilfælde, hvor der ikke er kontakt til PPR i forvejen, kan det være børne- og familieafsnittet selv, der bliver henvisningspart. Repræsentanter for børne- og familieafsnittene i de to kommuner påpeger, at det er relativt sjældent, at det er børne- og familieafsnittet selv, der henviser, og at det ofte sker gennem eller i samarbejde med PPR. Det betyder også, at der ikke er mange sagsbehandlere, der har stor rutine i at udarbejde henvisninger til psykiatrien.

Det er ikke muligt gennem tilgængelige kvantitative data at kortlægge, hvordan fordelingen er mellem henvisninger fra henholdsvis PPR og børne- og familieafsnit i kommunerne. Baseret på de kvalitative udsagn formodes det, at langt de fleste henvisninger fra kommunen stammer fra PPR.

Se proceskort i bilag for flere detaljer.

Henvisningsproces med udgangspunkt i sundhedsforvaltningen

Specifikt for Københavns Kommune gælder det, at der er en række samtaleterapeutiske tilbud til unge forankret i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Center for Mental Sundhed.

Her kan unge fra 13 år modtage behandlingsforløb, hvor der gennemføres en relativt omfattende udredning af borgerens aktuelle situation og vanskeligheder. Henvisning til Center for Mental sundhed kan komme fra alle kommunale samarbejdsparter (Skoler, PPR, sundhedsplejen, myndighedsrådgivere, modtageenheder og skolesocialrådgivere), fra studievejledere på ungdomsuddannelser, men hyppigst fra almen praksis (estimeret ca. 70 % af henvisningerne).

Center for Mental Sundhed kan som led i visitation eller et behandlingsforløb blive opmærksomme på en behov for en eventuel udredning eller behandling i psykiatrien. Når dette sker, henvises til egen læge med en anbefaling om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien. Repræsentanter for Center for Mental Sundhed har gode erfaringer med at få sparring fra CVD i forbindelse med vurdering af, hvorvidt der skal henvises til almen praksis med anbefaling om henvisning til psykiatrien. Center for Mental Sundhed har ikke mulighed for selv at henvise til CVD.

Se proceskort i bilag for flere detaljer.

Henvisningsproces med udgangspunkt i Center for Visitation og Diagnostik

Alle henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien skal sendes til CVD, som varetager visitationen af henvisninger til BUC. Her foretages som udgangspunkt en indledende "papirvisitation", hvor henvisningens relevans vurderes, på baggrund af det med henvisningen indsendte materiale.

I 2019 indførte CVD en ny visitationspraksis, hvor papirvisitationen (visitation på baggrund af modtagne dokumenter) blev suppleret af muligheden for en klinisk visitation. De kliniske visitationer bliver brugt i de tilfælde, hvor visitator ved papirvisitationen er i tvivl om, hvorvidt en henvisning skal godkendes eller tilbagehenvises. Den kliniske visitation gennemføres som en samtale med den henviste og den henvistes familie. Det er som hovedregel personale med erfaring fra børne- og ungdomspsykiatrien, der gennemfører visitationerne i CVD.

Ved en accepteret henvisning videregives henvisningen til et afsnit i BUC. Ved visitationen i CVD frasorteres desuden egentlige fejlhenvisninger og henvisninger med manglende formalia. Ved alle tilbagehenvisninger vurderes det, om der skal sendes en underretning til bopælskommunen.

Repræsentanter for CVD fortæller, at der i de senere år er blevet åbnet for visitationer til udredning for muligheden for medicinsk behandling af børn og unge med ADHD. Disse patienter blev tidligere afvist med besked om at henvende sig til privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiater.

Se proceskort i bilag for flere detaljer.

Henvisningsproces med udgangspunkt i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

Alle ikke-akutte henvisninger modtages fra CVD til afsnitsvisitation. I afsnittet gennemgås dokumenter og oplysning, og særligt er der fokus på, om der er det nødvendige samtykke

til at iværksætte udredning og behandling. I det omfang, der er behov for yderligere afklaring, kontaktes familien telefonisk. I telefonsamtalen afklares det, om der er igangsat behandling i privat regi, eller om familien først ønsker påbegyndt udredning/behandling på et senere tidspunkt. I begge tilfælde afsluttes forløbet med besked til henviser. Ligeledes afsluttes forløbet i de tilfælde, hvor der ikke kan opnås samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere fra forældre med delt forældremyndighed.

Efter en eventuel telefonsamtale indkaldes familien til en første samtale. Hvis der ikke er fremmøde efter to forsøg, og der ikke kan opnås telefonisk kontakt, afsluttes forløbet med besked til henviser. Hvis samtalen gennemføres, tages der stilling til, om patienten falder inden for målgruppen for udredning og/eller behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Ved alle tilbagehenvisninger vurderes det, om der skal sendes en underretning til bopælskommunen.

Se proceskort i bilag for flere detaljer.

Henvisningsprocessen på tværs

Hvis der kigges på tværs af de forskellige delprocesser, som det samlede billede af henvisningsprocesserne består af, kan der udledes en række vigtige pointer:

- Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien sker i en kontekst præget af betydelig organisatorisk kompleksitet.
- Der er ofte en betydelig indsats i at iværksætte og afprøve andre tilbud inden henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien – særligt når henvisningen kommer fra kommunen.
- En tilbagehenvisning på grund af manglende oplysninger vil i mange tilfælde føre til en genhenvisning, der betyder, at den samlede proces forlænges.
- Specifikt i forhold til Center for Mental Sundhed forekommer det som et forlængende element i henvisningsprocessen, at centreret ikke kan henvise direkte til børne- og ungdomspsykiatrien.
- Det kan overvejes, om visitationsprocesserne på tværs af CVD og BUC kan optimeres, så der samlet set er færre procestrin i henvisningsforløbet.
- Det vil være interessant at kunne opdele henvisninger fra kommunen i forhold til, hvorvidt de kommer fra PPR eller børne- og familieafsnittet, med henblik på at kunne gennemføre en mere nuanceret analyse af omfang og udvikling i tilbagehenvisninger.

Se proceskort samlet for alle aktører i bilag.

4 Hvilke børn og unge tilbagehenvises fra BUC?

I dette afsnit præsenteres data, som understøtter besvarelsen af analysespørgsmål 1. Her undersøges hvilke børn og unge, der henvises og tilbagehenvises til BUC i forhold til en række baggrundskarakteristika. Formålet er at få et billede af, om der er sammenhænge og systematik i henvisninger og tilbagehenvisninger i forhold til udvalgte faktorer relateret til henvisningsparter og de henviste.

I de følgende afsnit præsenteres således undersøgelser af sammenhænge mellem henvisninger og tilbagehenvisninger i forhold til 1) henvisningspart, 2) aktiv sag i kommunen, 3) bopæl, 4) indkomst, 5) brugen af kliniske visitationer og 6) øvrige undersøgte faktorer.

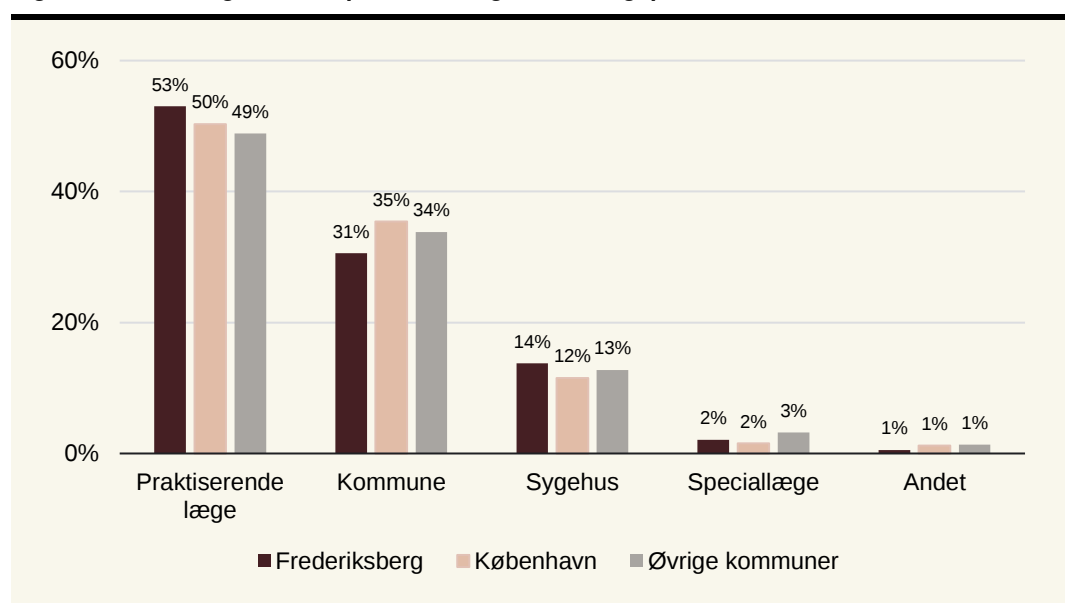
4.1 Sammenhæng mellem henvisninger og henvisningspart

Dette afsnit undersøger sammenhænge mellem henvisninger og henvisningsparter. Formålet er at undersøge, hvem der henviser til BUC, og om der er systematiske forskelle i andelen, som tilbagehenvises fordelt på henvisningsparter.

Figur 6 viser, hvordan henvisningerne fordeler sig i forhold til henvisningspart. Størstedelen af henvisningerne kommer fra de praktiserende læger og fra kommunerne – samlet set kommer ca. halvdelen af henvisningerne til BUC således fra de praktiserende læger, mens ca. en tredjedel af henvisningerne kommer fra kommuner. Derudover kommer ca. 12% af henvisningerne fra andre sygehusafsnit, og en lille andel på ca. 4% kommer fra speciallæger eller andre henvisningsparter.

Sammenligner vi Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og de øvrige kommuner i regionen, er fordelingen relativt ens. Frederiksberg har en lidt større andel henvisninger, der kommer fra de praktiserende læger, mens andelen af henvisninger, der kommer fra kommunen, er tilsvarende mindre. Det drejer sig dog blot om få procentpoints forskel.

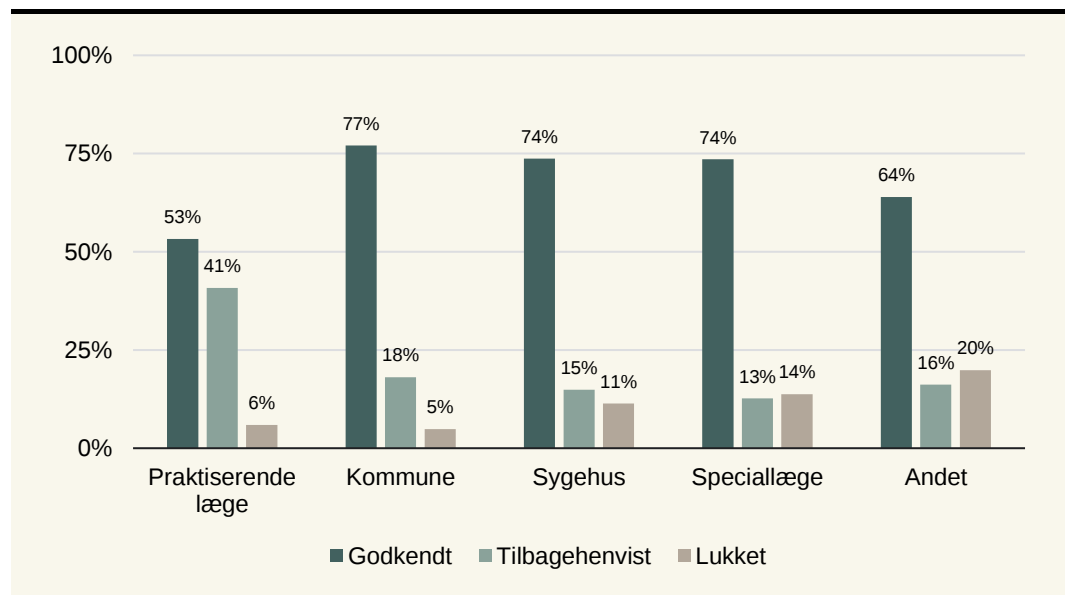
Figur 6: Henvisninger fordelt på område og henvisningspart



Note: Tallene er et gennemsnit af dataperioden fra 2019-2023.

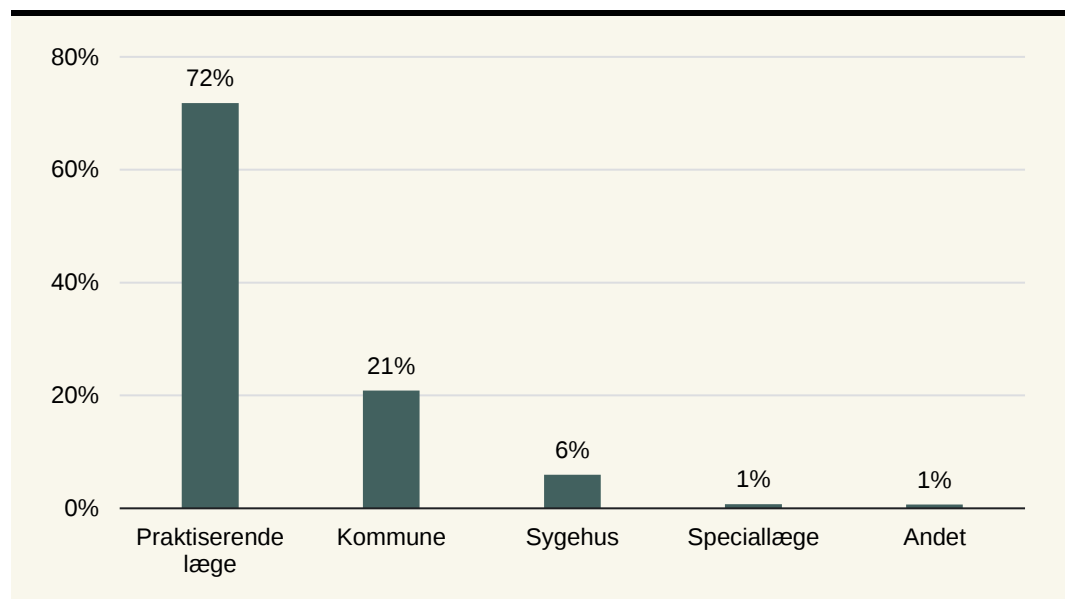
Henvisningsudfaldet fordelt på de seks forskellige henvisningsparter er vist i Figur 7. Figuren viser andelen af henvisninger, som hhv. godkendes, tilbagehenvises og lukkes fordelt på de seks forskellige henvisningsparter, for henvisninger af børn og unge bosiddende i Frederiksberg og Københavns Kommune samlet.

Figur 7: Henvísninger fra Frederiksberg og København fordelt på henvisningsudfald og henvisningspart



Note: Indeholder data for henvisninger af børn og unge bosiddende i Frederiksberg og Københavns Kommune for årene 2019-2023.

Henvísninger fra de praktiserende læger skiller sig ud i forhold til andelen af henvisninger, der tilbagehenvises. På tværs af dataperioden bliver 41% af henvisningerne fra de praktiserende læger tilbagehenvist. Derimod tilbagehenvises blot mellem 13-18% af henvisningerne fra de øvrige fem henvisningsparter. Sammenholdes dette med Figur 6, som viser, at ca. halvdelen af det samlede antal henvisninger kommer fra de praktiserende læger, kan det altså konkluderes, at langt størstedelen – 72% – af de henvisninger, der tilbagehenvises, kommer fra de praktiserende læger. Dette fremgår af Figur 8, som viser fordelingen af tilbagehenvísninger fordelt på henvisningspart.

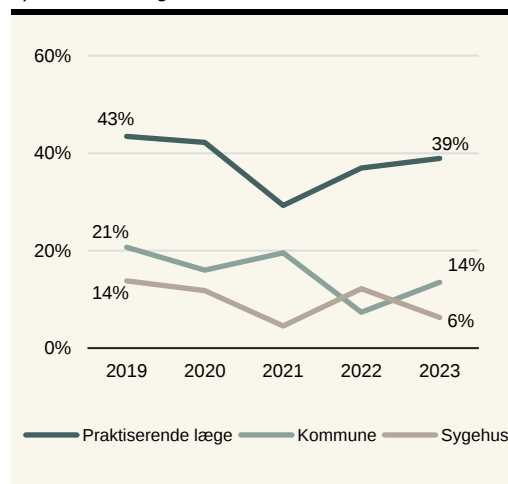
Figur 8: Tilbagehenvisninger fordelt på henvisningspart


Note: Indeholder data for henvisninger af børn og unge bosiddende i Frederiksberg og Københavns Kommune for årene 2019-2023.

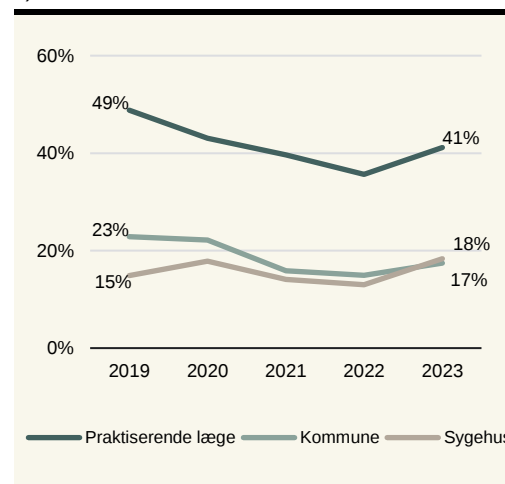
Figur 9 viser udviklingen i andelen af henvisninger, som tilbagehenvises, fordelt på de tre hyppigste henvisningsparter, hhv. praktiserende læger, kommunen og sygehus. Her ses det, at der i Frederiksberg Kommune har været et fald i andelen af henvisninger, som tilbagehenvises, for alle tre henvisningsparter. Fra praktiserende læger er andelen faldet med 4 procentpoint, fra kommunen er andelen faldet med 7 procentpoint, og fra sygehuse er andelen faldet med 6 procentpoint. I Københavns Kommune er det særligt et fald i andelen af henvisninger fra de praktiserende læger og fra kommunen, som tilbagehenvises, der driver det generelle fald i andelen af tilbagehenvisninger. Fra de praktiserende læger er andelen faldet med 8 procentpoint og fra kommunen er andelen faldet med 6 procentpoint, mens andelen af henvisninger fra sygehuse, der tilbagehenvises, er steget med 3 procentpoint.

Figur 9: Udvikling i andel henvisninger, som tilbagehenvises, fordelt på henvisningspart

a) Frederiksberg Kommune



b) Københavns Kommune



4.2 Sammenhæng mellem henvisninger og aktiv sag i kommunen

I dette afsnit undersøges sammenhængen mellem henvisninger, og hvorvidt det henviste barn eller den henviste unge har en aktiv sag i kommunen på henvisningstidspunktet. Formålet er at afdække, om der er forskelle i tilbagehenvisningsandelen afhængig af, om den henviste har en aktiv sag eller ej.

Igennem hele afsnittet skal der tages forbehold for, at der er betydelige fejlkilder behæftet ved det indsamlede data for aktive social- og PPR-sager, grundet begrænsede muligheder for at trække data fra de kommunale fagsystemer. I de tilfælde, hvor det tilgængelige datamateriale ikke indikerer, at der har været en aktiv sag på henvisningstidspunktet, kan det derfor ikke med sikkerhed konkluderes, at der *ikke* har været en aktiv sag. De steder, hvor datamaterialet viser, at der har været en aktiv social- eller PPR-sag, kan det dog *godt* konkluderes, at der *har* været en aktiv sag.

En indikation på den begrænsede datakvalitet fremgår bl.a. af, at langt de fleste henviste fra kommunen måtte formodes at have en aktiv sag ved henvisningstidspunktet, men datamaterialet viser imidlertid, at blot 31% af henvisningerne fra kommunen i København og 69% af henvisningerne fra kommunen i Frederiksberg har en aktiv kommunal sag på henvisningstidspunktet. Denne store forskel mellem Københavns og Frederiksberg Kommune dækker bl.a. over, at det ikke har været muligt at indsamle data for PPR-sager for Københavns Kommune. Tallene for PPR-sager indeholder derfor kun data for Frederiksberg Kommune.

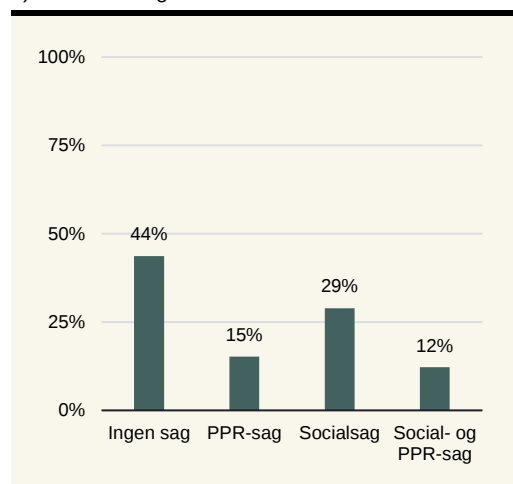
Figur 10 a viser fordelingen i andelen af henviste børn og unge, som har haft hhv. ingen aktiv sag, en aktiv PPR-sag, en aktiv socialsag og både en aktiv social- og PPR-sag på henvisningstidspunktet i Frederiksberg Kommune med udgangspunkt i det tilgængelige datamateriale. Figur 10 b viser fordelingen i andelen af henviste børn og unge, som har haft hhv. ingen aktiv sag og en aktiv socialsag på henvisningstidspunktet i Københavns Kommune.

Af figurene fremgår det, at der for knap halvdelen af børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune ikke er en aktiv sag i kommunen på henvisningstidspunktet. 15% har en aktiv PPR-sag men ingen socialsag, 29% har en aktiv socialsag men ingen PPR-sag og 12% har både en aktiv social- og PPR-sag på henvisningstidspunktet. I alt har 27% af de henviste altså en aktiv PPR-sag på henvisningstidspunktet mens 41% har en aktiv socialsag på henvisningstidspunktet blandt børn og unge bosiddende på Frederiksberg.

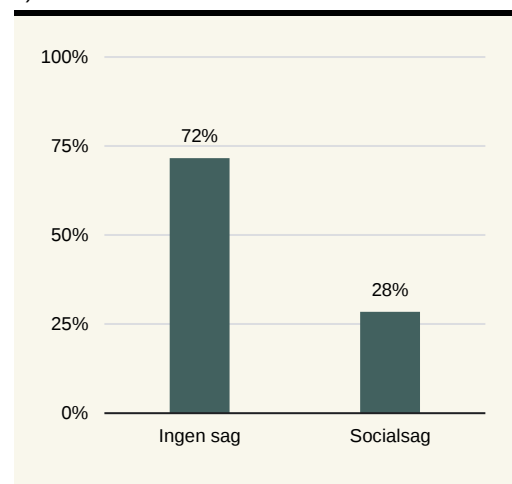
I Københavns Kommune er andelen af henvisninger, hvor vi kan se en aktiv socialsag på henvisningstidspunktet, mindre end i Frederiksberg Kommune. Her har kun 28% af de henviste en aktiv socialsag i kommunen på henvisningstidspunktet med udgangspunkt i det tilgængelige datamateriale.

Figur 10: Fordeling af andel med en aktiv social- og/eller PPR-sag på henvisningstidspunktet

a) Frederiksberg Kommune

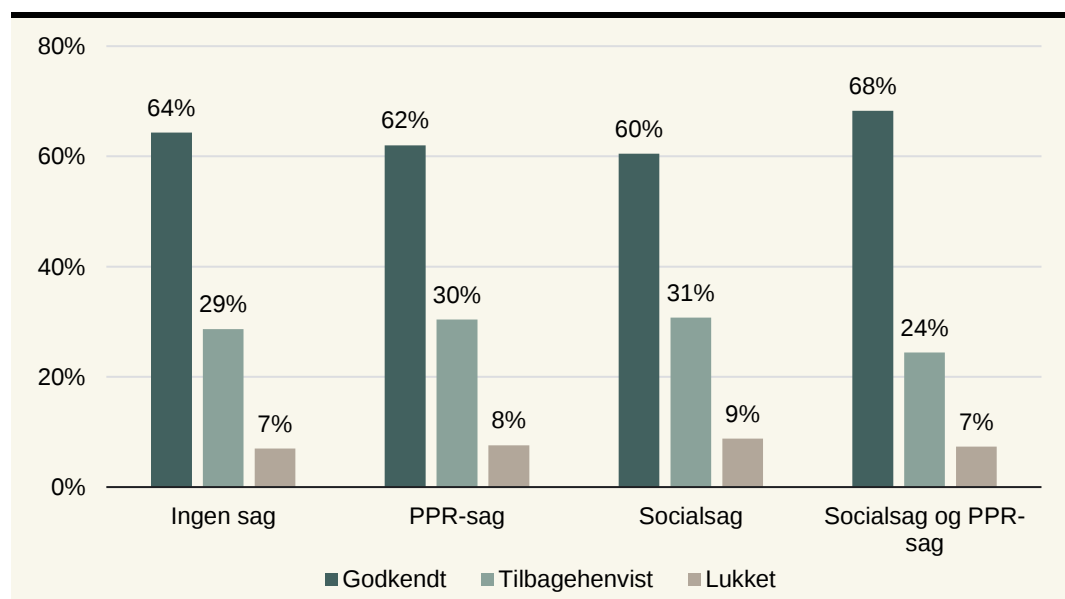


b) Københavns Kommune



Note: Der skal tages forbehold for, at datakvaliteten for aktive socialsager og PPR-sager er begrænset. Dataperioden er afgrænset til 2019-2022. Der er kun data for PPR-sager for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune.

Ser vi på henvisningsudfaldet fordelt på, hvorvidt der har været en aktiv sag på henvisningstidspunktet, ser vi ingen systematisk sammenhæng mellem at have en aktiv sag i hverken PPR eller på socialområdet, og henvisningsudfald, jf. Figur 11. Der ses en svag indikation af, at børn og unge, som har både en aktiv PPR- og socialsag på henvisningstidspunktet, tilbagehenvises i lavere grad end de øvrige – her er tilbagehenvísningssandelen på 24%, sammenlignet med 29-31% i de øvrige grupper. Der skal dog tages forbehold for, at tallet af forbundet med usikkerhed pga. antallet af observationer af henvisninger, hvor der både ses en aktiv PPR- og socialsag på henvisningstidspunktet.

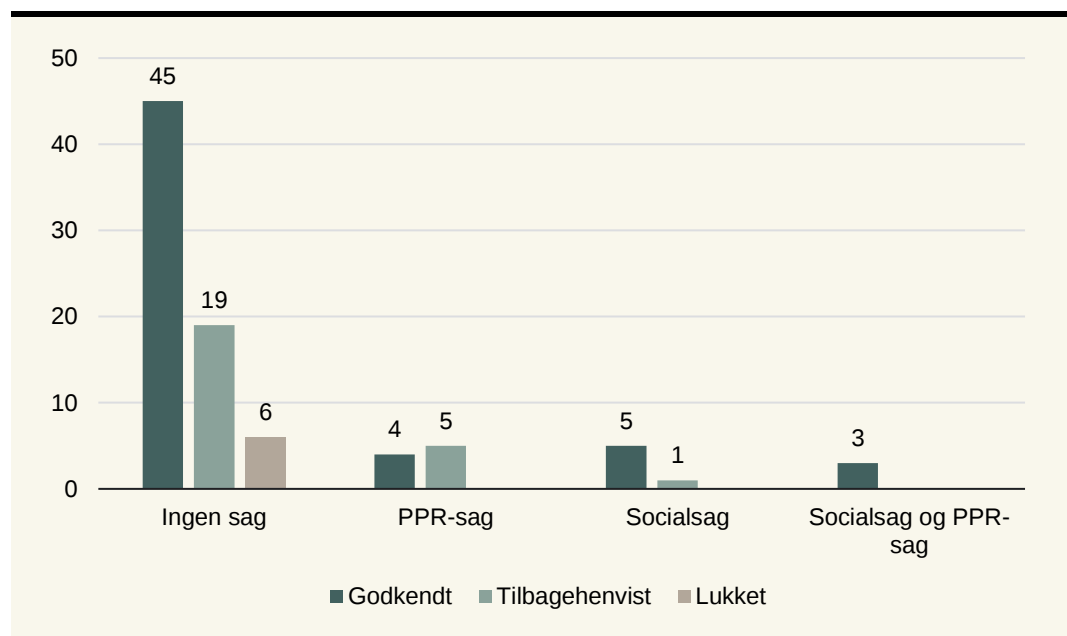
Figur 11: Henvisningsudfald fordelt på, om der er en aktiv social- og/eller PPR-sag på henvisningstidspunktet


Note: Der skal tages forbehold for, at datakvaliteten for aktive socialsager og PPR-sager er begrænset. Dataperioden er afgrænset til 2019-2022. Der er kun data for PPR-sager for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune.

For at undersøge sammenhænge i tilbagehenvísninger, genhenvísninger og aktive sager, har vi undersøgt henvisningsudfaldet for genhenvísninger af de børn og unge, som ved deres første henvisning tilbagehenvís, og som ikke har en aktiv sag på henvisningstidspunktet ved den første henvisning. Her kunne en hypotese være, at de børn og unge, som ikke har en aktiv sag og tilbagehenvís ved deres første henvisning, efterfølgende ville få en aktiv sag i kommunen, og derfor have større sandsynlighed for at få en godkendt henvisning ved genhenvísning.

Tallene i Figur 12 viser dog, at volumen i antallet af børn og unge, hvor der igangsættes en sag i kommunen efter deres første henvisning er blevet tilbagehenvist, er for lille til, at vi kan konkludere på sammenhængen. Ud af de 88 børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune, som ved deres første henvisning ikke har en aktiv sag og tilbagehenvís, og derefter genhenvís, er det kun 18, som på genhenvísningstidspunktet har en aktiv PPR- eller socialsag. Tal for Københavns Kommune er ikke inkluderet i figuren, da der her ikke findes data for aktive PPR-sager.

Figur 12: Henvisningsudfald ved første genhenvísning for tilbagehenviste uden aktiv sag på henvisningstidspunktet ved første henvisning



Note: Der skal tages forbehold for, at datakvaliteten for aktive socialsager og PPR-sager er begrænset. Figuren indeholder kun data for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune, da det ikke har været muligt at trække data for aktive PPR-sager i Københavns Kommune.

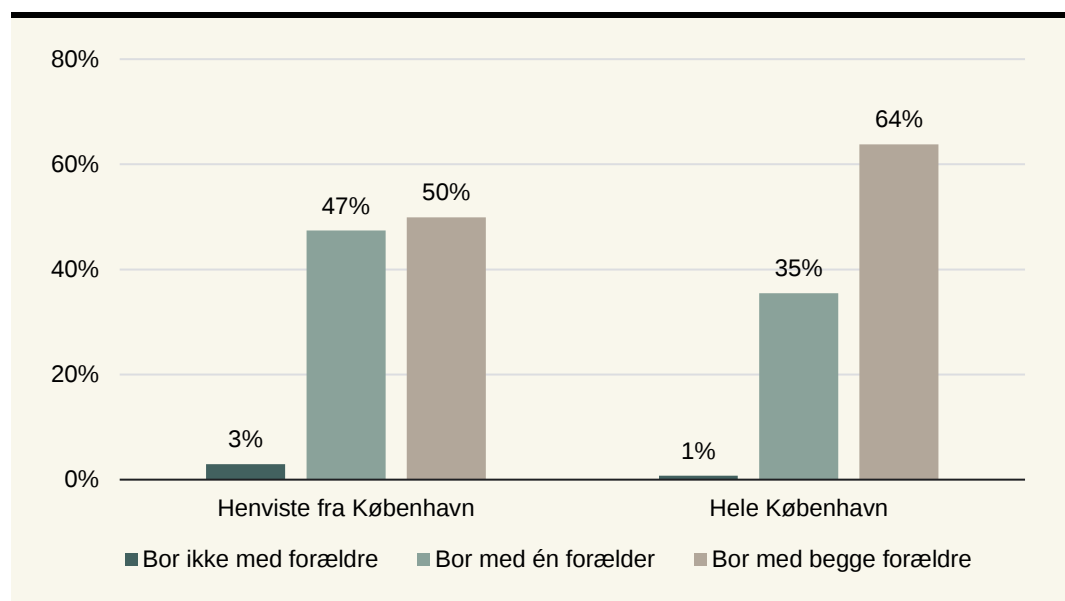
4.3 Sammenhæng mellem henvisninger og bopælsstatus

I dette afsnit undersøges sammenhængen mellem henvisninger og bopælsstatus for de børn og unge, der henvises til BUC. Bopælsstatus er opgjort i forhold til, om barnet eller den unge har bopæl samme sted som hhv. begge sine biologiske forældre, med én af sine biologiske forældre, eller om barnet eller den unge ikke har bopæl på samme adresse som sine biologiske forældre. Dette ses som et element i barnet eller den unges sociale forhold.

Figur 13 viser fordelingen af bopælsstatus for de børn og unge, der henvises til BUC, sammenlignet med bopælsstatus for den samlede befolkning af børn og unge i Københavns Kommune. Henviste fra Frederiksberg Kommune er ikke inkluderet, da det ikke her har været muligt at indsamle data for bopælsstatus for forældre.

Figuren viser, at 50% af de børn og unge, der henvises til BUC, bor sammen med begge deres forældre på henvisningstidspunktet. 47% bor med kun én forælder, mens 3% hverken bor med deres biologiske mor eller far på henvisningstidspunktet. Sammenligner vi dette med fordelingen af bopælsstatus for alle børn og unge i Københavns Kommune, kontrolleret for alderssammensætningen af de børn og unge, der henvises, ser vi en markant forskel i andelen, som bor med begge deres forældre. Blandt alle børn og unge bosiddende i København bor 64% med begge deres forældre, mens 35% bor med kun én forælder og mindre end 1% ikke bor på samme bopælsadresse som deres forældre.

Figur 13: Fordeling af bopælsstatus for henviste og for hele befolkningen af børn og unge i Københavns Kommune i 2023



Note: Fordelingen af bopælsstatus for alle børn og unge i København er vægtet i forhold til aldersfordelingen af de børn og unge, der henvises, da der også ses en sammenhæng mellem alder, og andelen af børn og unge, der bor med hhv. begge, én eller ingen forældre. Figuren indeholder kun tal for Københavns Kommune, da det ikke har været muligt at indsamle data for bopælsstatus for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune.

4.4 Sammenhæng mellem henvisninger og indkomst

I dette afsnit undersøges det, hvorvidt der er en sammenhæng mellem socioøkonomiske forhold, henvisninger og tilbagehenvisninger.

Da det ikke har været muligt at indsamle data for socioøkonomiske forhold på individniveau for det enkelte barn eller den enkelte unge, som henvises, bruger vi i stedet gennemsnitsindkomsten i det postnummer, som den henviste bor i, som en indikator for indkomstniveauet i den henvistes husstand. Vi har således opdelt Københavns og Frederiksberg Kommune i 12 områder baseret på postnummer, og indsamlet data for den gennemsnitlige disponible indkomst for borgere med bopæl i hvert af de 12 områder.

I fortolkning af tallene skal der tages forbehold for, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem områdets gennemsnitsindkomst og den henvistes socioøkonomiske forhold – områdegennemsnittet skal i stedet ses som en indikator for den henvistes socioøkonomiske forhold. Validiteten af denne indikator afhænger af, i hvor høj grad de henviste børn og unges husstand ligner de øvrige husstande i området, samt hvor stor indkomstspredning der er i området. Jo større indkomstspredning der er i området, jo mere usikker vil indikatoren være, da der i så fald vil være større sandsynlighed for, at indkomsten i den enkelte husstand afviger fra gennemsnittet. Dette har desværre ikke været muligt at undersøge i

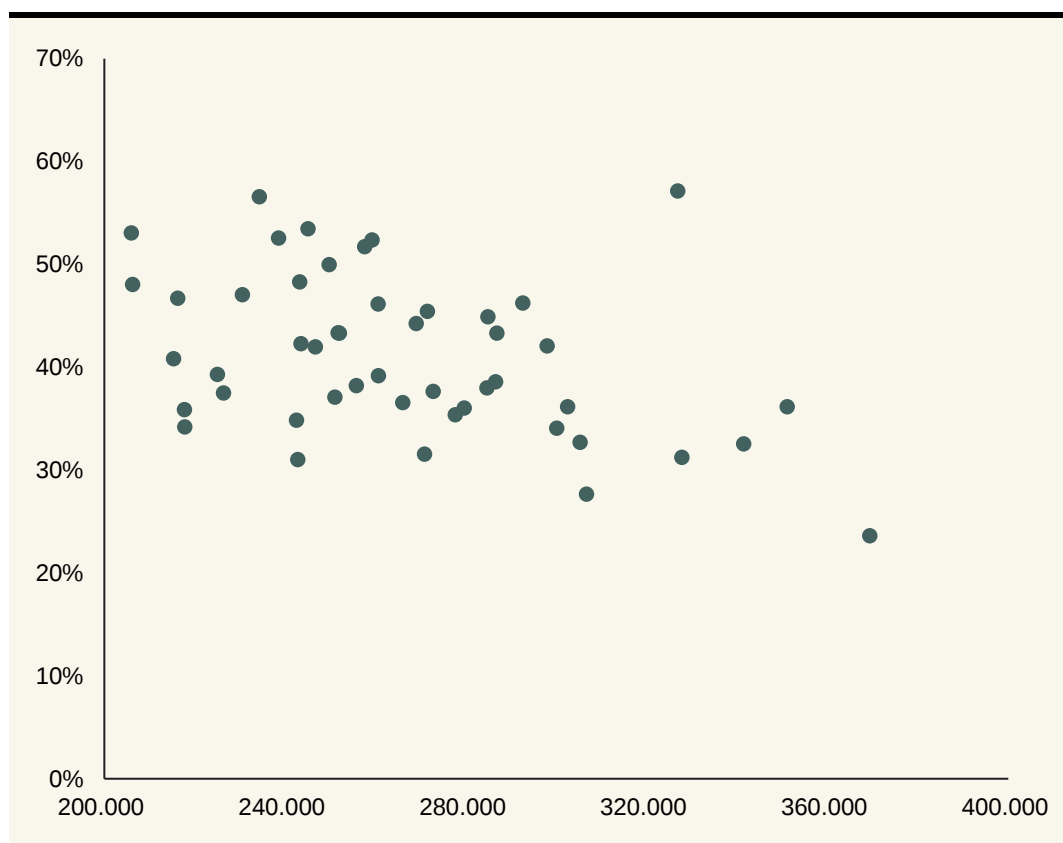
det tilgængelige data. Implement vurderer dog, at gennemsnitsindkomsten i et område i hvert fald i nogen grad er en valid indikator for indkomsten i de enkelte husstande i området, og at indikatoren derfor – med forbehold – kan bruges til at undersøge sammenhænge mellem henvisninger og indkomst.

Figur 14 viser sammenhængen mellem den gennemsnitlige disponible indkomst i et postnummer i et givent år (x-aksen), og andelen af henvisninger i området, der tilbagehenvises (y-aksen). Figuren indeholder kun henvisninger fra de praktiserende læger.

Figur 14 viser, at der er en negativ sammenhæng mellem disponibel indkomst og andelen af henvisninger fra almen praksis, der tilbagehenvises. Den indikerer således, at børn og unge, der henvises af almen praksis, og som har bopæl i et område med en højere disponibel indkomst, i mindre grad tilbagehenvises end børn og unge, som har bopæl i et område med en lavere disponibel indkomst. Dette tyder på, at henvisninger fra almen praksis af børn og unge, som bor i områder med højere disponibel indkomst, er af højere kvalitet.

Det er også undersøgt, om der er en sammenhæng mellem gennemsnitsindkomsten i et område og antallet af børn og unge, der henvises. Der er her kun en svag sammenhæng.

Figur 14: Sammenhæng mellem den gennemsnitlige disponible indkomst på postnummer-niveau og andelen af henvisninger fra de praktiserende læger, som tilbagehenvises



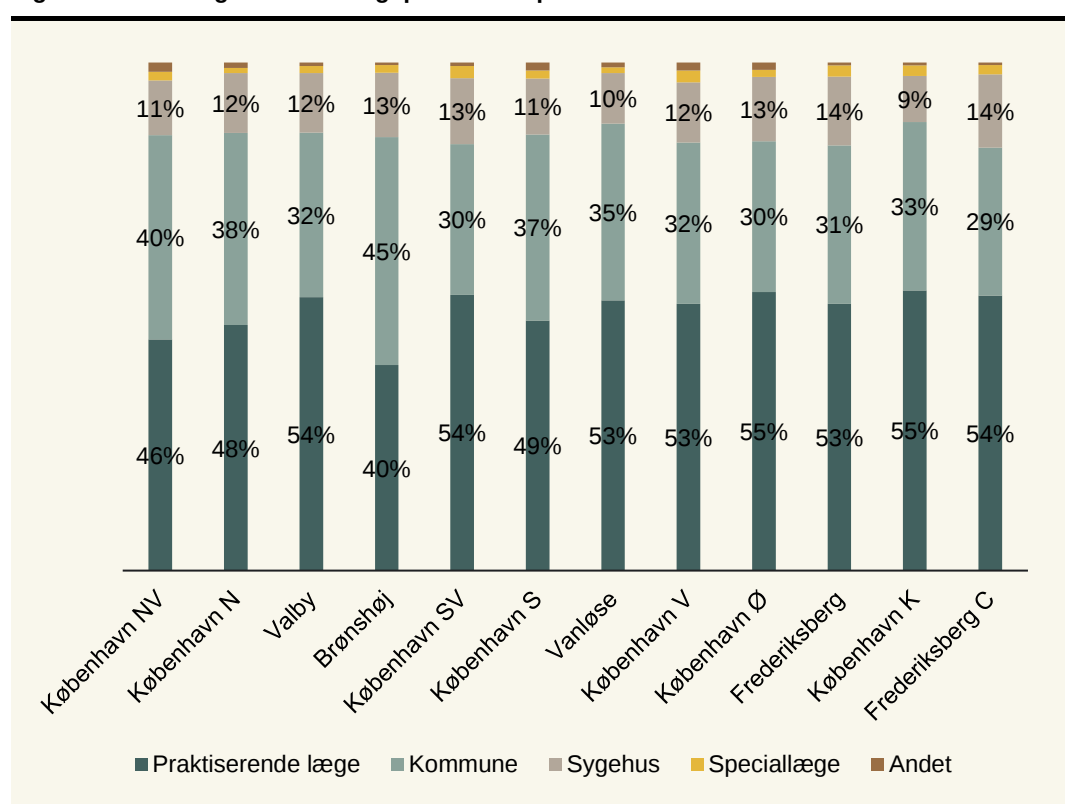
Note: Hver cirkel angiver disponibel indkomst og tilbagehenvisningsandelen for et område i et givent år fra 2019-2022. Områder og år med mindre end 20 henvisninger er ikke inkluderet for at undgå, at sammenhængen påvirkes af outliers. 2023 er ikke inkluderet, da det ikke har været muligt at indsamle data for disponibel indkomst i dette år.

Figur 15 viser fordelingen af henvisningspart i hvert af 12 områder af København og Frederiksberg. Figurens x-akse er sorteret efter den gennemsnitlige disponible indkomst i området i 2022, hvor København NV har den laveste gennemsnitlige disponible indkomst

(217.771 kr. per år.) og Frederiksberg C har den højeste gennemsnitlige disponible indkomst (341.472 kr. per år).

Der ses en svag tendens til, at områderne med en højere gennemsnitlig disponibel indkomst har en større andel af henvisninger, som kommer fra de praktiserende læger, og en tilsvarende mindre andel henvisninger, der kommer fra kommunen. I København NV bliver 46% henvist fra de praktiserende læger, og 40% henvist fra kommunen, mens fordelingen i Frederiksberg C er, at 54% af henvisninger kommer fra de praktiserende læger mens 29% af henvisningerne kommer fra kommunen. Brønshøj er det område, hvor andelen af henvisninger, der kommer fra kommunen, er størst – her kommer 45% af alle henvisninger fra kommunen. Der er således relativt store spænd i andelen, der henvises fra hhv. de praktiserende læger og kommunen på tværs af de 12 områder.

Figur 15: Fordeling af henvisningspart fordelt på områder



Note: x-aksen er sorteret efter den gennemsnitlige disponible indkomst i området, hvor København NV har den laveste gennemsnitlige disponible indkomst og Frederiksberg C har den højeste gennemsnitlige disponible indkomst. Figuren tager udgangspunkt i den gennemsnitlige disponible indkomst i 2022, og indeholder data for antallet af henvisninger fra 2019-2023.

4.5 Kliniske visitationer

Som beskrevet i afsnit 3.2, blev der i 2019 indført en ny visitationspraksis i CVD, hvor papirvisitation blev suppleret af muligheden for en klinisk visitation, i de tilfælde, hvor visitator ved papirvisitationen er i tvivl om, hvorvidt en henvisning skal godkendes eller tilbagehenvises. Figur 16 viser udviklingen i antallet af kliniske visitationer, samt andelen af det samlede antal henvisninger, hvor der foretages en klinisk visitation.

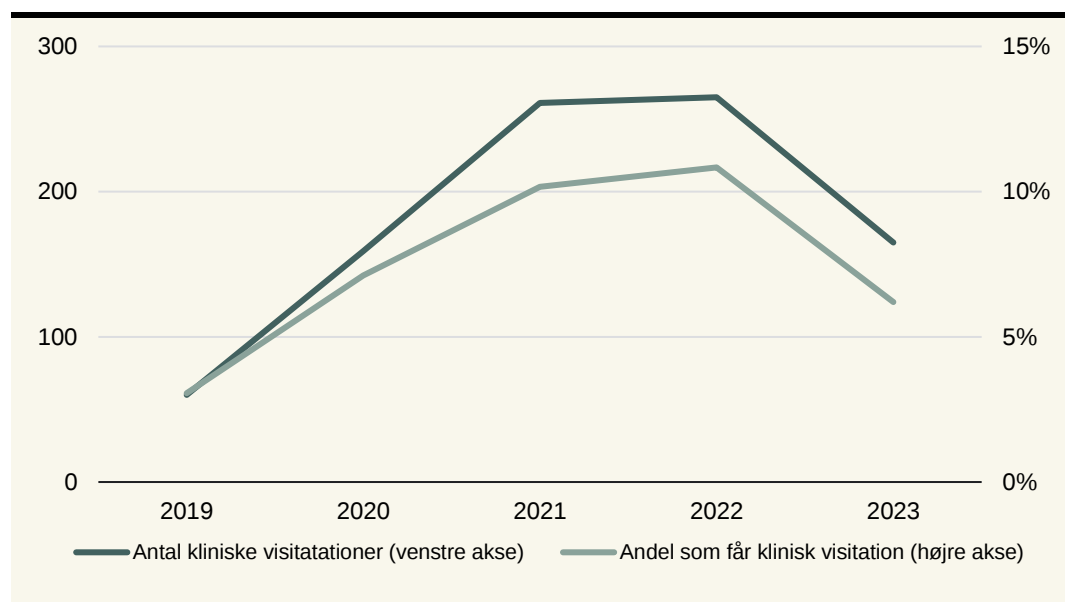
Af figuren ses det, at der fra 2019 til 2022 har været en stigning i både antallet af kliniske visitationer og andelen af henvisninger, hvor der foretages en klinisk visitation. I 2019 blev

der foretaget en klinisk visitation for 3% af alle henvisninger til BUC af børn og unge bo-siddende i Frederiksberg og Københavns Kommune, mens der i 2022 blev foretaget en klinisk visitation for 11% af alle henvisninger. Denne stigning i antallet af kliniske visitationer hænger sammen med, at der løbende er blevet tilført flere ressourcer til at foretage de kliniske visitationer. Fra 2022 til 2023 falder andelen fra 11% til 6%, hvilket igen hænger sammen med en ændring i de ressourcer, der er allokeret til de kliniske visitationer. Dette tyder på, at udviklingen i omfanget af brugen af kliniske visitationer i højere grad hænger sammen med de afsatte ressourcer, end et observerbart større eller mindre behov for klinisk visitation.

På baggrund af oplysninger fra CVD antages det, at ca. 10% af kliniske visitationer tilbagehenvises. På baggrund af registerdata kan dette hverken af- eller bekræftes, da det i data fremgår, at ingen henvisninger, hvor der foretages en klinisk visitation, tilbagehenvises. Dette kan skyldes fejlkilder ifm. den registreringspraksis, der er ved de kliniske visitationer.

Sammenholder man stigningen i antallet af kliniske visitationer, og andelen af henvisninger, der tilbagehenvises på baggrund af kliniske visitationer, tyder det på, at indførslen af kliniske visitationer har bidraget til en stigning i antallet af godkendte henvisninger. Dette er under antagelse af, at man tidligere har tilbagehenvist en stor andel af de henvisninger, hvor man har været i tvivl om den skulle accepteres. Der har fra 2019 til 2023 været en stigning i antallet af kliniske visitationer på 105 henvisninger, hvilket ikke er stort nok til at forklare hele den samlede stigning i antallet af henvisninger, der godkendes, jf. Figur 3, men det kan i hvert fald konkluderes, at der ses en parallel sammenhæng mellem stigningen i antallet af godkendte henvisninger og stigningen i antallet af kliniske visitationer i dataperioden.

Figur 16: Udvikling i antallet og andelen af henvisninger, hvor der foretages en klinisk visitation



4.6 Sammenhænge mellem henvisninger og andre baggrundskarakteristika

Udover de data, som er præsenteret i ovenstående afsnit, er sammenhænge mellem henvisninger og en række andre karakteristika og baggrundsvariable også undersøgt.

Der ses ingen sammenhæng mellem hverken antallet, som henvises, eller andelen af henvisninger, som tilbagehenvises, når vi fordeler på køn. Fordeler vi på alder ser vi, at det er de ældre børn og unge, som udgør størstedelen af de henviste, men der ses ingen sammenhæng mellem alder og henvisningens udfald.

Vi har også undersøgt sammenhænge mellem henvisninger og henvisningsdiagnoser, for at se, om der er systematiske sammenhænge mellem henvisningsdiagnose og henvisningsudfald, samt om dette har ændret sig over tid. Vi finder dog for store variationer i brugen af henvisningsdiagnoser over tid til, at vi kan danne meningsfulde konklusioner på baggrund af disse data.

4.7 Opsummering

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 1 konkluderes følgende:

Generel udvikling:

- Der har i perioden 2019-2023 har været en stigning i antallet af henvisninger til BUC og et fald i andelen af henvisninger, der tilbagehenvises.
- Faldet i andelen af henvisninger, der tilbagehenvises, er primært drevet af en markant stigning i antallet af henvisninger, der godkendes af BUC. Der er således kommet markant flere børn og unge ind i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden i løbet af de seneste fem år.
- Størstedelen af både henvisninger, og særligt de henvisninger, der tilbagehenvises, kommer fra de praktiserende læger.
- Der ses samtidig et fald i andelen af henvisninger, der tilbagehenvises til almen praksis.
- Det tyder på, at indførslen af kliniske visitationer hænger sammen med en stigning i antallet af godkendte henvisninger. Dette er under antagelse af, at man tidligere har tilbagehenvist en stor andel af de henvisninger, hvor man har været i tvivl om hvorvidt, den skulle accepteres. Der ses en parallel sammenhæng mellem stigningen i antallet af godkendte henvisninger og stigningen i antallet af kliniske visitationer i dataperioden.

Karakteristika for børn og unge, der tilbagehenvises:

- Med udgangspunkt i de tilgængelige data er det ikke muligt at drage endelige konklusioner om eventuelle sammenhænge mellem henvisningsudfald og en aktiv sag for det enkelte barn eller den enkelte unge i kommunen på henvisningstidspunktet.
- Andelen af børn og unge fra Københavns Kommune, der henvises til BUC, som bor med begge deres forældre, er markant lavere, end det er tilfældet for den samlede population af børn og unge inden for aldersspændet i Københavns Kommune.
- Der ses en negativ sammenhæng mellem den gennemsnitlige disponible indkomst i det postnummer et barn eller en ung bor i, og andelen af henvisninger fra almen praksis, som tilbagehenvises. Børn og unge bosiddende i et område med en højere gennemsnitlig disponibel indkomst bliver således i mindre grad tilbagehenvist til almen

praksis, end børn og unge bosiddende i et område med en lavere disponibel indkomst.

- Der ses ingen sammenhæng mellem henvisninger og henvisningsudfald og øvrige undersøgte baggrundskarakteristika. Der kan således ikke ud fra det tilgængelige data-materiale dannes meningsfulde konklusioner om sammenhænge mellem køn, alder og henvisningsdiagnoser – og henvisninger og henvisningsudfald.

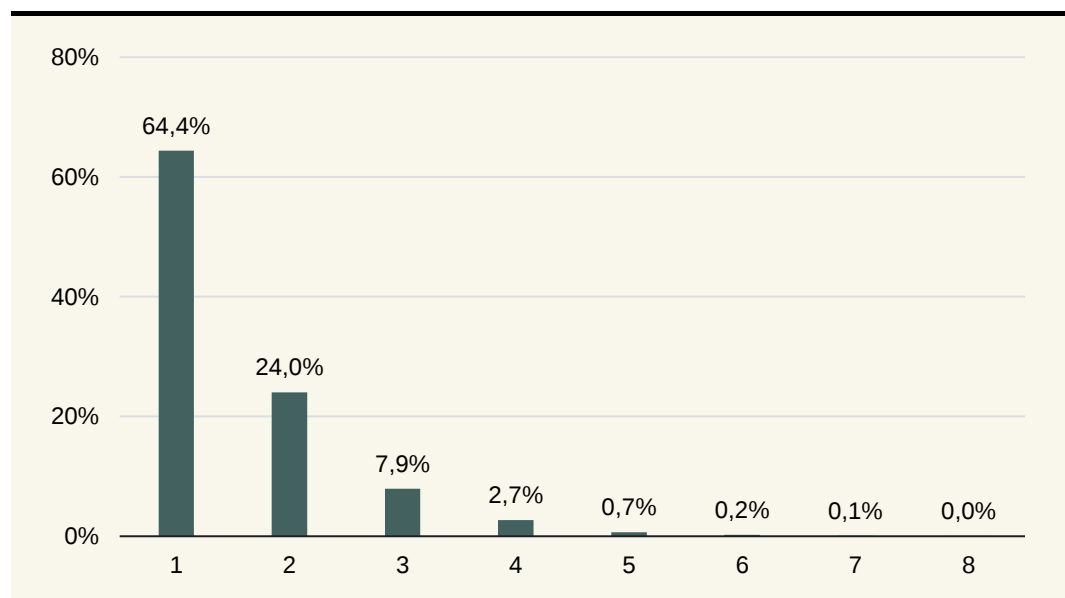
5 Hvor stor en andel genhenvises til BUC?

I dette afsnit præsenteres data som understøtter besvarelsen af analysespørgsmål 3, som omhandler omfanget af genhenvisninger til BUC. Genhenvisninger dækker over de henvisninger, hvor et barn eller en ung, som henvises til BUC, også tidligere har været henvist til BUC.

Denne del af analysen er baseret på data for den seksårige periode fra 2018 til 2023, men indeholder kun konklusioner om børn og unge, som har været henvist mindst én gang i den firårige periode fra 2019 til 2022. Denne afgrænsning er indført for at mindske den fejlkilde, der er ved, at nogle af de børn og unge, som kun optræder med en enkelt henvisning i vores data, også kan have haft henvisningsforløb inden 2018, samt at nogle af de børn og unge, som henvises for første gang i 2023, også kommer til at blive henvist igen i fremtiden.

Figur 17 viser antallet af henvisninger pr. barn og ung i løbet af den seksårige periode fra 2018 til 2023, for børn og unge, der har været henvist til BUC mindst én gang i perioden 2019 til 2022. Her fremgår det, at knap to tredjedele af de børn og unge, der har været henvist, har været henvist én gang i dataperioden. Derimod har ca. en tredjedel af alle henviste været henvist mere end én gang. 24% har været henvist to gange, 8% har været henvist tre gange, og knap 4% bliver henvist mere end tre gange i løbet af den seksårige periode. Endelig har få børn eller unge været henvist op til otte gange i løbet af de seks år. Samlet set svarer omfanget af genhenvisninger til, at 34% af alle henvisninger er genhenvisninger. Det reelle omfang af genhenvisninger er med stor sandsynlighed endnu større, da de henviste børn og unge også kan være blevet henvist før/efter den undersøgte dataperiode.

Figur 17: Antal henvisninger pr. henvist barn og ung

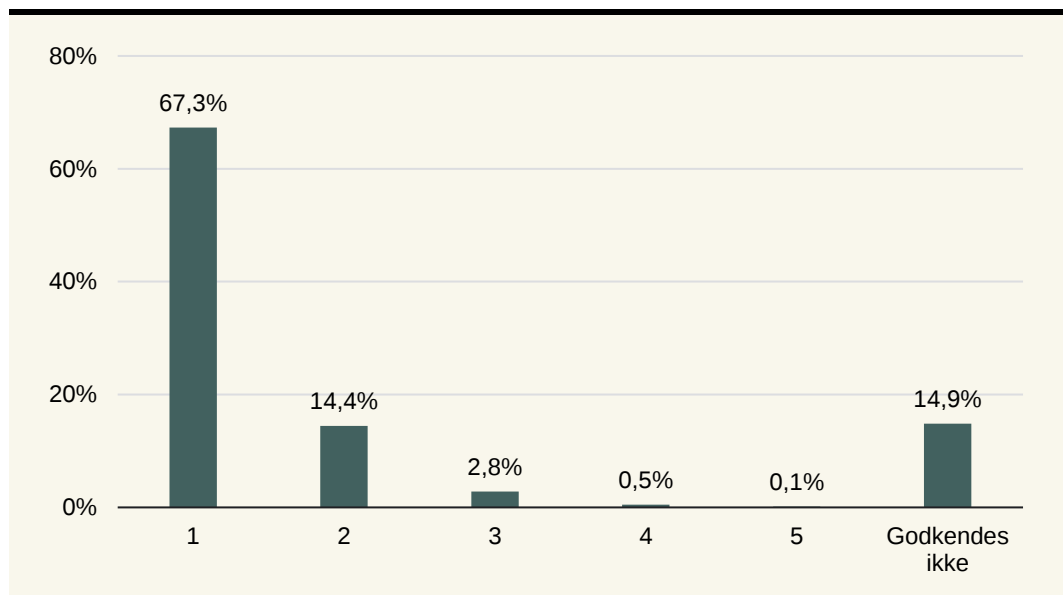


Genhenvisninger kan dække over flere mulige forløbstyper. De dækker både over forløb, hvor et barn eller ung henvises flere gange med samme problemstilling, men hvor det kræver en eller flere henvisninger, før henvisningen godkendes. De dækker dog også over, at der kan være børn og unge som henvises, godkendes og modtager et udrednings- og/eller behandlingsforløb, og senere henvises igen med et nyopstået problem.

Det, at et barn eller ung er blevet henvist fx seks gange er altså ikke nødvendigvis et udtryk for, at det har taget seks henvisninger at blive godkendt til forløb i psykiatrien.

For at undersøge dette nærmere, ses i Figur 18 på fordelingen af det antal henvisninger, der skal til, før et barn eller en ung godkendes for første gang. Her ses det, at over to tredjedele af alle børn og unge, som henvises, godkendes ved deres første henvisning. 14% godkendes ved deres anden henvisning og kun godt 3% henvises tre eller flere gange før de godkendes for første gang. Derudover viser data, at ca. 15% af de børn og unge, som henvises, ikke får en godkendt henvisning på noget tidspunkt i dataperioden. Sammenholdes dette med andelen af henvisninger, der tilbagehenvises – som jf. Figur 2 i gennemsnit er på ca. 30% på tværs af dataperioden – viser dette altså, at andelen af tilbagehenvísninger ikke dækker over, at 30% af de børn og unge, der henvises, er udenfor målgruppen for psykiatrien, men at det for en del børn og unge kræver flere henvisninger, før de bliver godkendt.

Figur 18: Antal henvisninger pr. henvist barn og ung indtil første godkendte henvisning

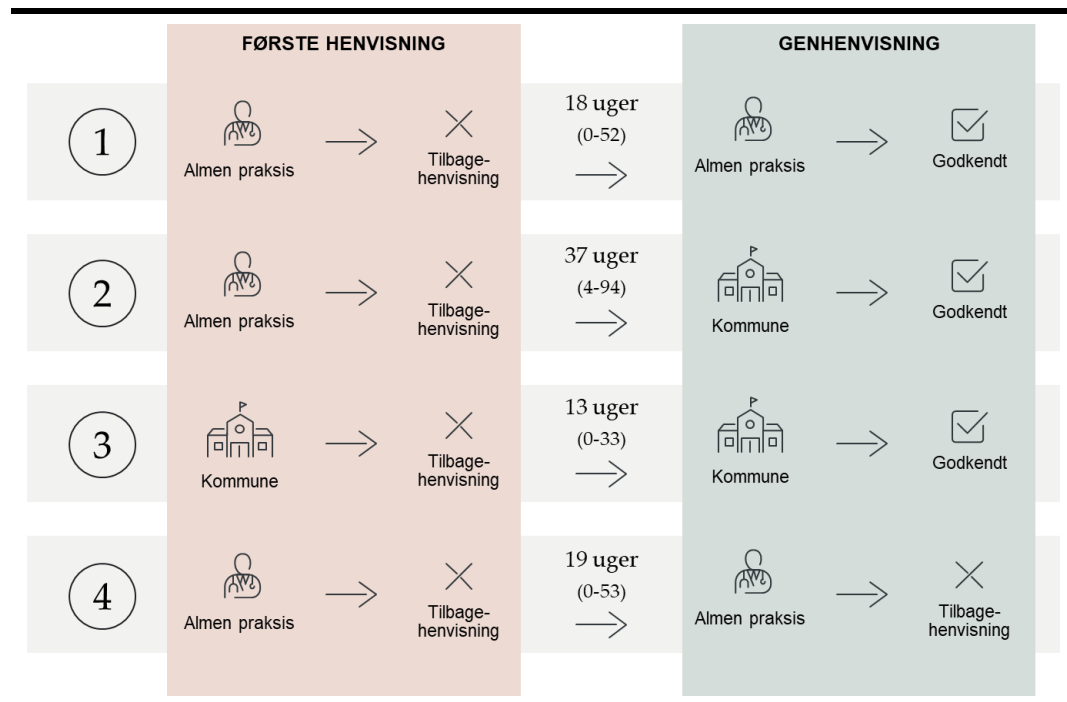


De forskellige typer af genhenvísningsforløb fremlægges i Tabel 1, der viser sammenhængen mellem henvisningspart og henvisningsudfald for hhv. den første og anden henvisning for de børn og unge, der genhenvises. Tabellen er afgrænset til de to største henvisningsparter – de praktiserende læger og kommunen – og indeholder ikke lukkede henvisninger. Tabellen læses først vandret for at se første henvisningspart og udfald, og derefter lodret for at se anden henvisningspart og udfald. Tallet i hver celle indikerer, hvor mange forløb, der har den gældende kombination af henvisningspart og henvisningsudfald ved første og anden henvisning på tværs af henviste fra både Frederiksberg og Københavns Kommune. Cellernes farve indikerer tallets størrelse – jo mørkere farve, jo højere antal børn og unge.

Tabel 1: Henvisningspart og henvisningsudfald for første og anden henvísning

1. HENVISNING		2. HENVISNING				
		Kommune		Praktiserende læge		
				Godkendt	Tilbagehenvist	
		Kommune		Godkendt	Tilbagehenvist	Godkendt
	Kommune	Godkendt	114	31	116	125
		Tilbagehenvist	268	59	20	13
	Praktiserende læge	Godkendt	24	15	133	99
		Tilbagehenvist	288	85	397	264

Resultaterne fra Tabel 1 er opsummeret i Figur 19, som illustrerer de fire mest hyppige genhenvísningsforløb. Det mest hyppige genhenvísningsforløb er således, at første henvísning kommer fra almen praksis, at denne tilbagehenvís, og at anden henvísning igen kommer fra almen praksis, og godkendes. Det næstmest hyppige forløb er, at første henvísning kommer fra almen praksis og tilbagehenvís, og at der derefter henvises fra kommunen, og henvísningen godkendes. To andre hyppige forløb er, at første henvísning kommer fra kommunen og tilbagehenvís, og at kommunen derefter henviser igen, og denne godkendes, samt at både første og anden henvísning kommer fra almen praksis, og begge tilbagehenvís.

Figur 19: Henvisningspart og -udfald for de fire mest hyppige genhenvísningsforløb

Opsummering

Samlet set kan det i forhold til analysespørgsmål 3 konkluderes, at genhenvísninger udgør en stor del af det samlede antal henvísninger. Ca. en tredjedel af alle børn og unge, der henvíses til BUC, bliver henvist mere end én gang i løbet af den seksårige dataperiode, hvilket betyder, at ca. en tredjedel af alle henvísninger i perioden, er genhenvísninger. Der skal her tages forbehold for, at den afgrænsede dataperiode betyder, at disse tal med stor sandsynlighed undervurderer omfanget af genhenvísninger.

Når man ser på fordelingen af henvísningsspart og henvísningsudfald for dem, som genhenvíses, ses det, at det særligt er de praktiserende læger, som står for den første henvísning i et genhenvísningsforløb, og at den første henvísning i disse forløb ofte tilbagehenvíses. Hvilke typiske tilbagehenvísningsårsager, der ligger bag disse genhenvísningsforløb, vil blive undersøgt nærmere i næste afsnit.

6 Er der systematik i tilbagehenvísningsårsagerne?

I dette afsnit undersøges analysespørgsmål 2, om hvilken systematik der er i årsagerne til tilbagehenvísninger af børn og unge fra BUC.

Da det ikke har været muligt at koble tilbagehenvísningsårsager til registerdata, kan vi ikke lave direkte koblinger mellem tilbagehenvísningsårsager og henvísningsforløb. Baseret på andre karakteristika for tilbagehenvísninger kan vi dog, med udgangspunkt i en audit af tilbagehenvísningsårsager, give nogle bud på mulige sammenhænge.

Tabel 2 viser resultaterne fra en audit, som Center for Visitation og Diagnostik i Region Hovedstadens Psykiatri har gennemført i 2021, som angiver fordelingen af tilbagehenvísningsårsager. Her fremgår det, at den mest hyppige tilbagehenvísningsårsag er *manglende oplysninger*, hvilket er årsag til 41% af tilbagehenvísninger. Derefter kommer *primærsektor ikke afprøvet*, som årsag til 29% af tilbagehenvísninger og *fejlhenvísning*, som årsag til 20% af tilbagehenvísninger. 7% tilbagehenvísning, fordi de vurderes til at være uden for målgruppekriterierne, imens 2% tilbagehenvísning på baggrund af, at der ikke findes et egnet tilbud i psykiatrien.

Tabel 2: Årsager til tilbagehenvísninger

Årsag	Procentvis andel
Manglende oplysninger	42%
Primærsektor ikke forsøgt	29%
Fejlhenvísning	20%
Uden for målgruppekriterierne	7%
Ikke egnet tilbud	2%

Kilde: Audit foretaget i 2021 af Region Hovedstadens Psykiatriske Center for Visitation og Diagnostik. Tabellen fremgår i Fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien fra 2023. Det er ikke angivet, hvor mange sager, der er gennemgået.

Note: Med "Primærsektor" menes indsatser i kommunen eller hos egen praktiserende læge.

De 41%, som tilbagehenvísning pga. manglende oplysninger, må formodes i høj grad at blive genhenvist. Disse kan særligt knyttes til forløbstype 1 og 3 i Figur 19, altså de forløb, hvor både første og anden henvísning kommer fra den samme henvísningsspart. Denne hypotese understøttes, når man ser på den tid, der går mellem første og anden henvísning. For forløbstype 1, hvor første henvísning fra almen praksis tilbagehenvísning, hvorefter der genhenvísning fra almen praksis og godkendes, går der i gennemsnit 18 uger mellem første og anden henvísning, mens medianen af fordelingen, jf. Tabel 3, er på tre uger – dvs., at der for halvdelen af disse forløb går tre uger eller mindre mellem den første og anden henvísning. Gennemsnittet dækker således over, at der er få forløb, hvor tiden mellem første og anden henvísning er meget lang, og derfor trækker gennemsnittet op, på trods af, at størstedelen af forløbene har en meget kort tidsperiode mellem første og anden henvísning. Samme billede ses for forløbstype 3, hvor der i gennemsnit går 13 uger mellem første og anden henvísning med en median på 3.

Den relativt korte tidsperiode mellem første og anden henvísning tyder på, at det med stor sandsynlighed er lettilgængelige manglende oplysninger ved første henvísning, som er årsag til tilbagehenvísningen, da fx afprøvning ved primærsektor må formodes at strække sig over længere tid. Denne hypotese understøttes af de praktiserende læger, der har deltaget i kvalificerende seminarer i forbindelse med analysen, der alle oplever, at en stor del af deres tilbagehenvísninger skyldes manglende oplysninger.

De 29% af henvísningerne, hvor tilbagehenvísningsårsagen er, at primærsektoren ikke er forsøgt, må formodes i særlig grad at knytte sig til forløbstype 2 i Figur 19, altså de genhenvísningsforløb, hvor første henvísning fra almen praksis tilbagehenvís, og anden henvísning fra kommunen godkendes. Her kan en hypotese være, at tilbagehenvísning til almen praksis fører til, at der opstartes et forløb i kommunalt regi, som enten fører til, at det vurderes, at der ikke længere er behov for behandling i psykiatrien, eller at det efter indsats i kommunalt regi fortsat vurderes, at der er behov for behandling i psykiatrien, og der derfor genhenvís fra kommunen. Denne hypotese underbygges af, at tiden mellem første henvísning og genhenvísning her er større end for de øvrige forløbstyper – der går i gennemsnit 37 uger mellem henvísningen fra almen praksis og henvísningen fra kommunen, og medianen er her på 21 uger, svarende til ca. 5 måneder. Denne tidsperiode stemmer i højere grad overens med, at der kan være afprøvet indsats i kommunalt regi eller hos almen praksis inden genhenvísningen.

Tabel 3: Gennemsnit og median for tiden mellem første henvísning og genhenvísning for de fire hyppigste genhenvísningsforløb

Genhenvísningsforløb	Gns.	Median
1: Tilbagehenvíst fra almen praksis → godkendt fra almen praksis	18 uger	3 uger
2: Tilbagehenvíst fra almen praksis → godkendt fra kommune	37 uger	21 uger
3: Tilbagehenvíst fra kommune → godkendt fra kommune	13 uger	3 uger
4: Tilbagehenvíst fra almen praksis → tilbagehenvíst fra almen praksis	19 uger	2 uger

Ovenstående konklusioner er baseret på genhenvísningsforløb, men jf. Figur 18 er der også ca. 15% af de børn og unge som henvís, som ikke får en godkendt henvísning på noget tidspunkt i løbet af dataperioden. Vi må antage, at det hovedsageligt er blandt disse 15%, at de 7% af henvísningerne, der tilbagehenvís med årsagen *uden for målgruppe-kriterierne*, findes. I forbindelse med kvalificering af de indsamlede data på seminarer fortæller repræsentanterne for almen praksis, at de praktiserende læger i nogen grad bruger henvísning til BUC som en måde at "prøve en sag af på" – altså at henvísning til psykiatrien i nogle tilfælde kan ses som et udtryk for, at den praktiserende læge er i tvivl om, hvorvidt barnet eller den unges problemstilling bør behandles i psykiatrien, snarere end et udtryk for, at lægen har vurderet, at barnet skal behandles i psykiatrien.

De børn og unge, som ikke får en godkendt henvísning på noget tidspunkt i løbet af dataperioden henvís hovedsageligt fra de praktiserende læger – 77% af henvísningerne for dem, der ikke godkendes på noget tidspunkt, henvíses således af de alment praktiserende læger.

Opsummering

Samlet set kan det i forhold til analysespørgsmål 2 konkluderes, at manglende oplysninger er den hyppigste årsag til tilbagehenvísning, og at en stor andel af de børn og unge, som tilbagehenvís af denne årsag, formodes at blive genhenvíst. Den bærende hypotese er, at det særligt er henvísninger fra almen praksis, som tilbagehenvís med denne årsag, men at også kommunale henvísninger i nogen grad tilbagehenvís pga. manglende oplysninger. Manglende afprøvning af indsats i kommune og/eller almen praksis inden henvísning er også årsag til en relativt stor andel af tilbagehenvísninger, og det

formodes, at der blandt disse også er en andel børn og unge, som genhenvises til BUC efter indsats i kommune eller hos almen praksis er forsøgt.

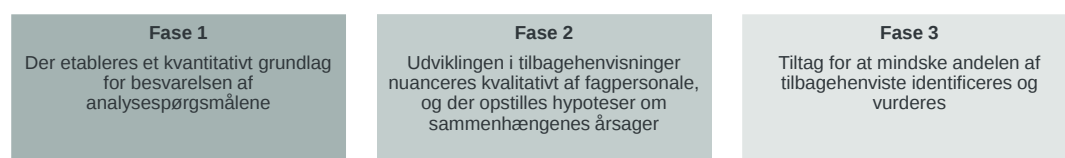
7 Anvendt Metode

Analysen er gennemfórt på baggrund af et analysedesign og en analyseplan, der er godkendt i Driftsforum under Faglig Sundhedsklynge Byen.

Som en del af analysedesignet blev fire spørgsmål godkendt:

- 1) Hvilke børn og unge tilbagehenvíses fra BUC i forhold til baggrundskaraktéristika som køn, sociale forhold og sygdomshistorik?
- 2) Er der systematik i de årsager, der gives for tilbagehenvísning af børn og unge fra BUC, herunder i forhold til henvisningspart og henvisningernes kvalitet?
- 3) Hvor stor en andel af tidligere tilbagehenvísede genhenvíses senere til BUC?
- 4) Hvilke tiltag kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenvísede børn og unge fra BUC?

Analysen blev gennemfórt i tre faser, der i praksis har overlappet hinanden tidsmæssigt.



7.1 Fase 1

Der er indsamlet data fra de regionale registre for 43.547 henvisninger til BUC i perioden fra 2018-2023. Børn og unge bosiddende i Frederiksberg henvíses 1.521 gange i denne periode. Børn og unge bosiddende i København henvíses 12.274 gange i perioden.

På baggrund af information fra ansatte i CVD har vi valgt ikke at anvende data fra 2018, da dette af CVD ikke vurderes som valide data.

Datasættet fra regionen indeholder bl.a. variable for:

- Borgerens CPR-nr.
- Borgerens bopælskommune og bopælsadresse ved henvisningstidspunktet
- Henvisningsstatus
- Henvisningspart
- Henvisningstidspunkt
- Køn
- Alder
- Bopæl
- Om der er gennemfórt klinisk visitation

Dette suppleres med data tilvejebragt gennem de kommunale fagsystemer:

- Har barnet en aktiv socialsag på henvisningstidspunktet? (Data har været tilgængeligt fra både Københavns og Frederiksberg Kommune, men vurderes ikke at være komplet, hvilket betyder, at der kun kan konkluderes begrænset på baggrund af dette data)
- Har barnet en aktiv PPR-sag på henvisningstidspunktet? (Data har kun kunne tilvejebringes for Frederiksberg Kommune)
- Forældres bopælsadresse (Data har kun kunne tilvejebringes for Københavns Kommune)
- Gennemsnitlig disponibel indkomst fordelt på postnumre

Yderligere data har været forsøgt indsamlet. Dette har dog ikke kunne tilvejebringes inden for projektperioden, eller også har data ikke har en tilstrækkelig kvalitet til at kunne anvendes i analysen.

- Henvisningsdiagnose (diagnosekategorier er anvendt meget forskelligt på tværs af dataperioden, og kan derfor ikke anvendes)
- Borgerens tidligere kontakt med sygehus i regionen (sygdomshistorik)(Har kun kunnet fremskaffes for psykiatrien i perioden, og har derfor ikke bidraget med yderligere data)
- Resultat af godkendt henvisning (diagnose og/eller behandling)(Har ikke kunnet fremskaffes inden for projektperioden)

Sammenhængene mellem og udviklingen i de forskellige variable over tid er som led i fase 1 belyst deskriptivt, med henblik på at besvare analysespørgsmålene. Datasæt fra forskellige fagsystemer er blevet koblet gennem cpr-numre.

7.2 Fase 2

I Fase 2 blev der gennemført tre seminarer. I alt 19 repræsentanter for CVD, BUC, PPR, børne- og familieafsnit, Center for Mental Sundhed og almen praksis deltog i et eller flere af de tre seminarerne. Disse var inviteret gennem kontaktpersoner udpeget af Driftsforum.

To seminarer om procesafdækning

Her blev den fulde proces fra henvisning til tilbagehenvísning, som den opleves af de professionelle parter kortlagt. Et seminar havde fokus på processerne som de ser ud for børn og unge bosiddende i Københavns Kommune og et seminar havde fokus på processerne som de ser ud for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune.

Et hypoteseseminar

Repræsentanter for de professionelle parter blev præsenteret for en række billeder af den kvantitative udvikling, og for et samlet overblik over henvisningsprocesserne.

Beskrivelsen af henvisningsprocesserne blev nuanceret og valideret.

På baggrund af billederne af udviklingen i henvisninger tilbagehenvísninger blev forskellige hypoteser om sammenhænge i udviklingen formuleret og drøftet.

Følgende personer deltog i seminarer:

- Anders Barkholt, Almen praksis, Frederiksberg
- Kim Sønderup, Almen praksis, Frederiksberg
- Pernille Ostenfeld, Almen praksis, Frederiksberg
- Jacob Larsen, Myndighedsrådgiver, Børne- og Ungeområdet, Frederiksberg Kommune
- Bouchra Boudlal, Myndighedsrådgiver, Børne- og Ungeområdet, Frederiksberg Kommune
- Laila Berg Christensen, Psykolog, Fællesrådgivningen, Frederiksberg Kommune,
- Louise Gabrielsen, Socialfaglig koordinator, Familieafdelingen, Frederiksberg Kommune
- Anne Charlotte Larsen, Afdelingsleder i Ungeteam, Center for Mental Sundhed, SUF, Københavns Kommune
- Astrid Gade, Leder af psykologer og talehørereksulenter, BUF, Københavns Kommune
- Sten Kruse-Blinkenberg, Centerchef, Center for Mental Sundhed, SUF, Københavns Kommune
- Nora Stenbak Winge, Børne- og ungerådgiver, SOF, Københavns Kommune
- Helena Boderskov, Børne- og ungerådgiver, SOF, Københavns Kommune

- Lisbeth Juul Aggerholm, Faglig chef, BUF, Københavns Kommune
- Hanne Hauger, Specialkonsulent, BUF, Københavns Kommune
- Christina Hviid, Chefkonsulent, BUF, Københavns Kommune
- Louise Bager, Sundhedsfaglig konsulent, SOF, Københavns Kommune
- Nina Staal, Chef-læge, Afdeling AMB, BUC, Region Hovedstaden
- Birgitte Bugge, Overlæge, Ambulatoriet for Større Børn, BUC, Region Hovedstaden
- Line Saxtorph Larsen, Oversygeplejerske, Ambulatoriet for Større Børn, BUC, Region Hovedstaden
- Lene Wadland, Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, CVD, Region Hovedstaden

7.3 Fase 3

Der blev gennemført en fortolkningsworkshop, hvor Driftsforum og repræsentanter for familieafsnit og PPR deltog. Her blev en række hypoteser om sammenhængene i udviklingen i henvisninger og tilbagehenvísninger præsenteret og drøftet.

Ligeledes blev en række hypoteser om mulige tiltag, der vil kunne mindske omfanget af tilbagehenvísninger præsenteret. Disse blev nuanceret og valideret af deltagerne.

Der blev efterfølgende indhentet kommentarer til de præsenterede hypoteser fra repræsentanter for PPR i begge kommuner, der ikke havde mulighed for at deltage i fortolkningsseminaret.

På baggrund af input fra fortolkningsworkshoppen udarbejdedes nærværende rapport.

About us

Born in Denmark with offices in Copenhagen, Aarhus, Stockholm, Malmö, Gothenburg, Oslo, Zurich, Munich, Hamburg, Düsseldorf and Raleigh, NC. With 1,500+ consultants and multinational clients and projects, we offer local expertise with a global perspective.

We believe that great organisational impact leads to great impact for humanity. Implement was created to help turn true expertise into real change.

Contact

Jesper Henriksen
+45 4138 0087
jehe@implement.dk

KONKLUSIONER

Analyse af tilbage- henvisninger fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

Opsamling på analyse for Sundhedsklynge Byen

Indhold

Indhold 2

1	Baggrund, formål og datagrundlag	4
1.1	Baggrund	4
1.2	Formål og undersøgelsesspørgsmål.....	4
1.3	Datagrundlag.....	5
2	Hovedkonklusioner	6
2.1	Generel udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger	6
2.2	Analysespørgsmål 1.....	8
2.3	Analysespørgsmål 2.....	10
2.4	Analysespørgsmål 3.....	10
2.5	Hypoteser om mulige tiltag.....	11



I denne rapport præsenteres hovedkonklusionerne fra en analyse af henvisninger til og tilbagehenvvisninger fra børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden af børn og unge, der er bosiddende i Københavns og Frederiksberg Kommune.

Konklusioner og analyse er udfoldet yderligere i en længere supplerende rapport.

Analysen er gennemført for at tilvejebringe viden, der kan lægges til grund for formulering af anbefalinger til tiltag, der kan begrænse omfanget af tilbagehenvvisninger samt andelen af ikke-relevante henvisninger.

—

Analysen er gennemført for Sundhedsklynge Byen af Implement Consulting Group i første halvår af 2024.

1 Baggrund, formål og datagrundlag

I det følgende præsenteres hovedkonklusionerne fra analyse af henvisninger og tilbagehenvisninger fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstadens Psykiatri (BUC) initieret af Sundhedsklynge Byen. med henblik på at etablere et fremadrettet grundlag for anbefalinger til optimering af proces og kvalitet i henvisninger. Med henvisninger forstås henvendelse fra øvrige sundhedsaktører eller kommunale aktører til Børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på udredning eller behandling i psykiatrien. Tilbagehenvisninger betegner de situationer, hvor Psykiatrien i Region Hovedstaden ikke kan tilbyde udredning eller behandling, og derfor afviser, at der påbegyndes et forløb i BUC. I disse tilfælde får den henvisende part en skriftlig besked.

1.1 Baggrund

Med afsæt i en tilbagehenvisningsprocent fra BUC på omkring 30%, besluttede Politisk Sundhedsklynge Byen i maj 2023 at igangsætte en analyse af henvisninger med særligt fokus på børn og unge, der tilbagehenvises fra BUC. Dette gøres som led i en samlet indsats til kvalificering af henvisningsprocesserne, herunder nedbringelse af omfanget af tilbagehenvisninger og ikke-relevante henvisninger. Ønsket om færre tilbagehenvisninger udspringer af erfaringer med, at tilbagehenvisninger potentielt kan forsinke udredningsforløb og/eller tiden, der går, før et barn eller en ung i psykisk mistrivsel får den rette hjælp. Samtidig kan tilbagehenvisninger resultere i unødigt tids- og ressourceforbrug hos fagpersoner på tværs af sektorer.

1.2 Formål og undersøgelsesspørgsmål

Analysens overordnede formål er at bidrage til at mindske andelen af tilbagehenvisninger samt andelen af ikke-relevante henvisninger med henblik på at styrke det tværsektorielle samarbejde om børn og unge i mistrivsel, så flest muligt rettidigt får den hjælp, de har brug for. Desuden skal analysen generere øget viden om henvisningsprocesser og de årsager, der ligger til grund for tilbagehenvisning af børn og unge fra BUC. Det skal således undersøges, hvorvidt der er systematiske forskelle på tværs af de henvisninger, som fører til tilbagehenvisninger og de, der ikke gør. Analysens undersøgelsesspørgsmål er således:

- 1) Hvilke børn og unge tilbagehenvises fra BUC i forhold til baggrundskarakteristika som køn, sociale forhold og sygdomshistorik?
- 2) Er der systematik i de årsager, der gives for tilbagehenvisning af børn og unge fra BUC, herunder i forhold til henvisningspart og henvisningernes kvalitet?
- 3) Hvor stor en andel af tidligere tilbagehenviste genhenvises senere til BUC?

Analysespørgsmål 1, 2 og 3 er således deskriptive i forhold til at afdække karakteristika og potentielle mønstre i tilbagehenvisninger med henblik på, at kunne formulere konkrete hypoteser om mulige tiltag, der kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenviste børn og unge fra BUC.

Målet er, at man med besvarelsen af analysespørgsmålene ud fra et datainformeret grundlag kan identificere hypoteser om områder, hvor Sundhedsklynge Byen med fordel kan vælge at formulere anbefalinger for yderligere analyse eller konkrete tiltag for at nedbringe omfanget af tilbagehenvisninger.

1.3 Datagrundlag

Besvarelsen af analysespørgsmålene er baseret på kvantitative data suppleret med kvalitative indsigter fra aktører i henvisningsprocessen indsamlet på workshops.

Den primære kvantitative datakilde er registerdata indsamlet fra de regionale registre, som indeholder oplysninger om alle henvisninger til BUC i perioden 2018-2024, herunder bl.a. oplysninger om den henvistes bopæl, henvisningsdato, henvisningsudfald, henvisningspart samt henvisningsdiagnose. Dette er suppleret med data for aktive PPR-sager og socialsager trukket fra de kommunale fagsystemer i hhv. Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune, samt data for den gennemsnitlige disponible indkomst på postnummerniveau i de to kommuner. Besvarelsen af analysespørgsmål 2 er yderligere suppleret med data for tilbagehenvisningsårsager fra en audit, som Region Hovedstadens Psykiatriske Center for Visitation og Diagnostik har foretaget i 2021.

Formuleringen af hypoteser er baseret på konklusionerne fra analysespørgsmålene samt de kvalitative drøftelser om processer og hypoteser gennemført på seminarer. På seminarerne har repræsentanter for forskellige relevante aktører deltaget:

- Ledelse i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstadens Psykiatri
- Ledelse i Center for Visitation og Diagnostisk i Region Hovedstaden
- PPR i Københavns og Frederiksberg Kommune
- Børne- og familieafsnit i Københavns og Frederiksberg Kommune
- Center for Mental Sundhed i Københavns Kommune
- Alment praktiserende læger på Frederiksberg

Hypoteser er blevet formuleret og præsenteret af Implement og derefter drøftet, nuanceret og vurderet af seminardeltagerne.

2 Hovedkonklusioner

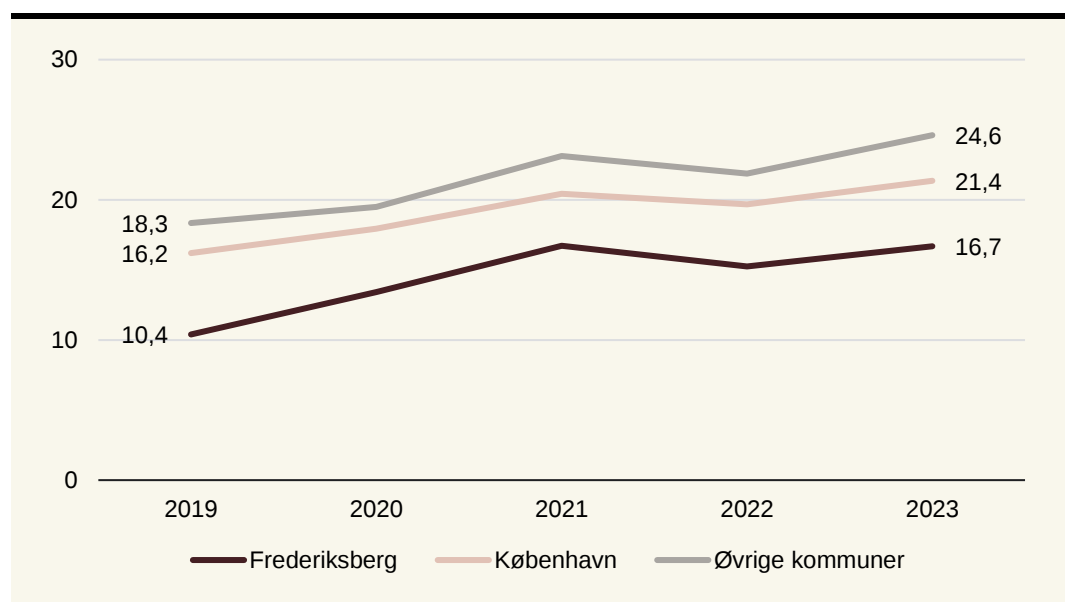
På baggrund af analysen kan udledes en række deskriptive konklusioner, der belyser den generelle udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger i perioden 2018-2023 og besvarer analysespørgsmålene. På baggrund af disse konklusioner opstilles en række hypoteser om, hvilke tiltag kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenviste børn og unge fra BUC.

2.1 Generel udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger

Hovedkonklusionerne om den generelle udvikling er:

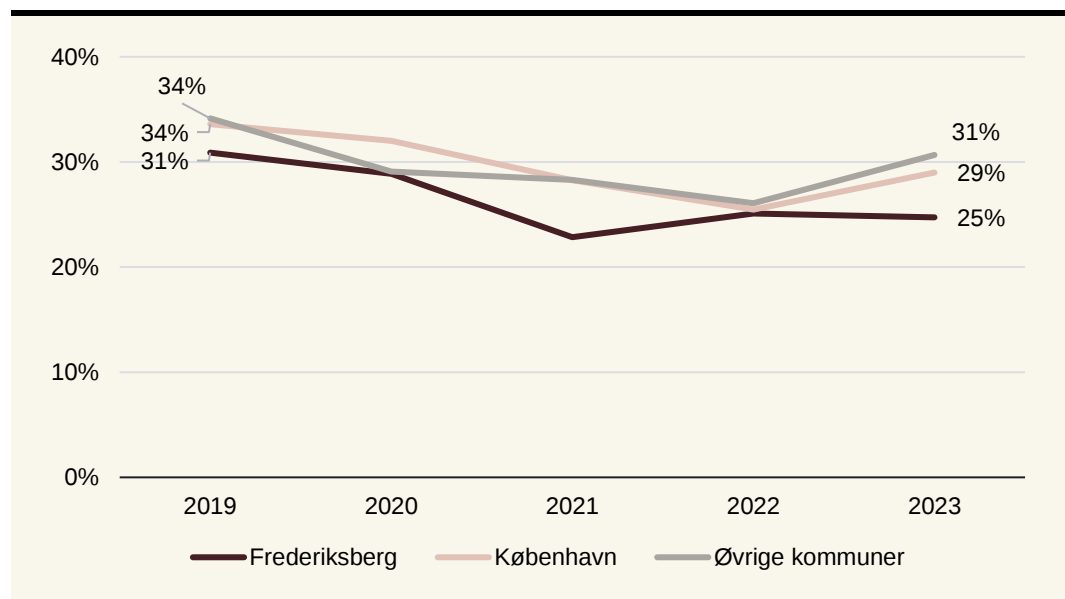
- Der er i perioden 2019 til 2023 en betydelig stigning i omfanget af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

Figur 1: Udvikling i antallet af henvisninger til BUC pr. 1.000 0-17-årige



- Der er samtidig en generel udvikling mod lavere andel tilbagehenvisninger – særligt fra almen praksis.

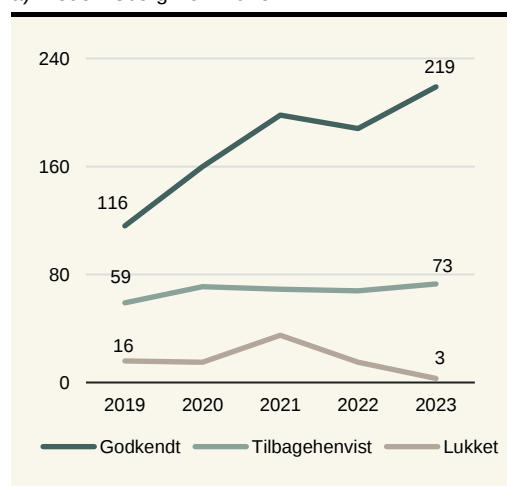
Figur 2: Udvikling i andelen af henvisninger til BUC, der tilbagehenvises



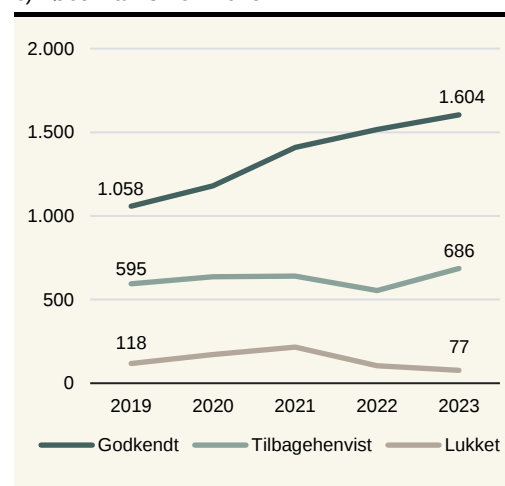
- Der således i perioden særligt en stigning i antallet af godkendte henvisninger, hvorimod antallet af tilbagehenvisninger ikke stiger tilsvarende.

Figur 3: Udvikling i antal henvisninger fordelt på henvisningsudfald

a) Frederiksberg Kommune



b) Københavns Kommune



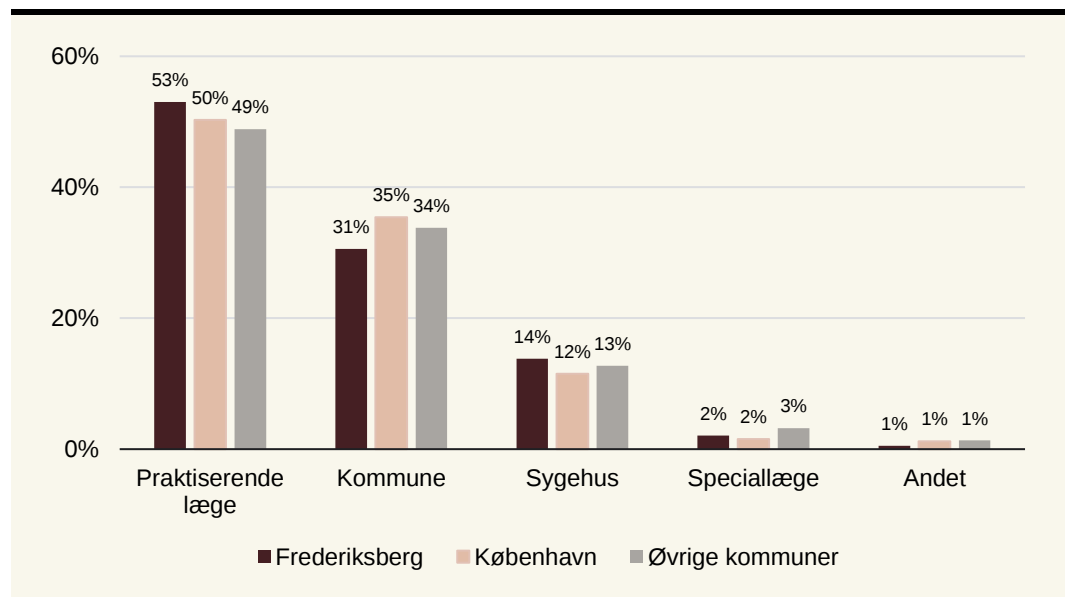
- Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien sker i en kontekst præget af betydelig organisatorisk kompleksitet.
- Der er ofte iværksat en betydelig indsats for at afprøve andre tilbud inden henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien – særligt hvis henvisningen kommer fra kommunen.

2.2 Analysespørgsmål 1

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 1 (*Hvilke børn og unge tilbagehenvises fra BUC i forhold til baggrundskarakteristika som køn, sociale forhold og sygdomshistorik?*) konkluderes følgende:

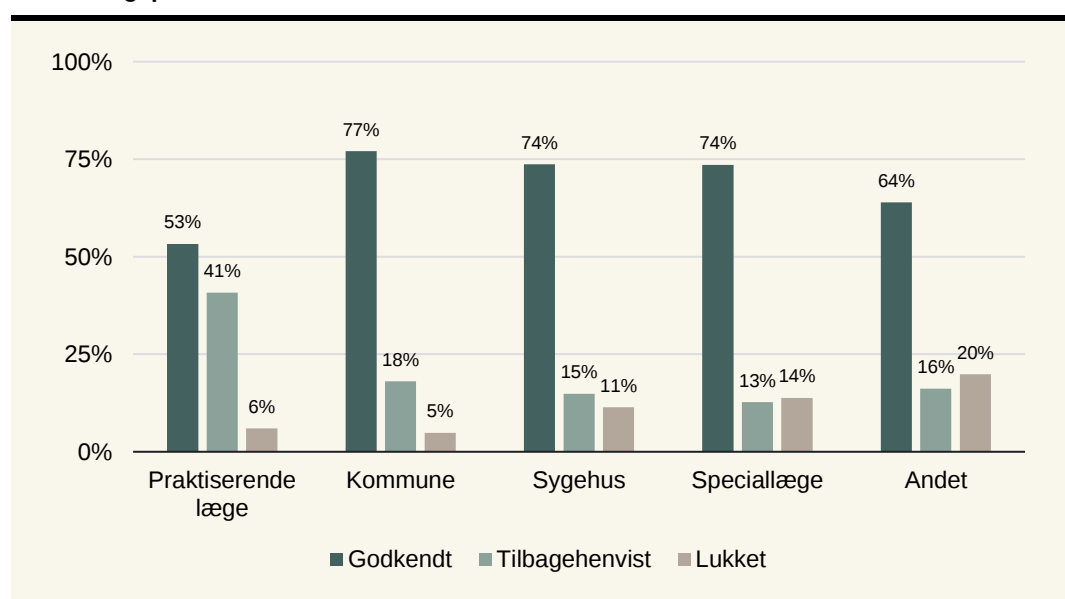
- Størstedelen af både henvisninger, og henvisninger der tilbagehenvises, kommer fra almen praksis.

Figur 4: Henvisninger fordelt på område og henvisningspart



Note: Tallene er et gennemsnit af dataperioden fra 2019-2023.

Figur 5: Henvisninger fra Frederiksberg og København fordelt på henvisningsudfald og henvisningspart



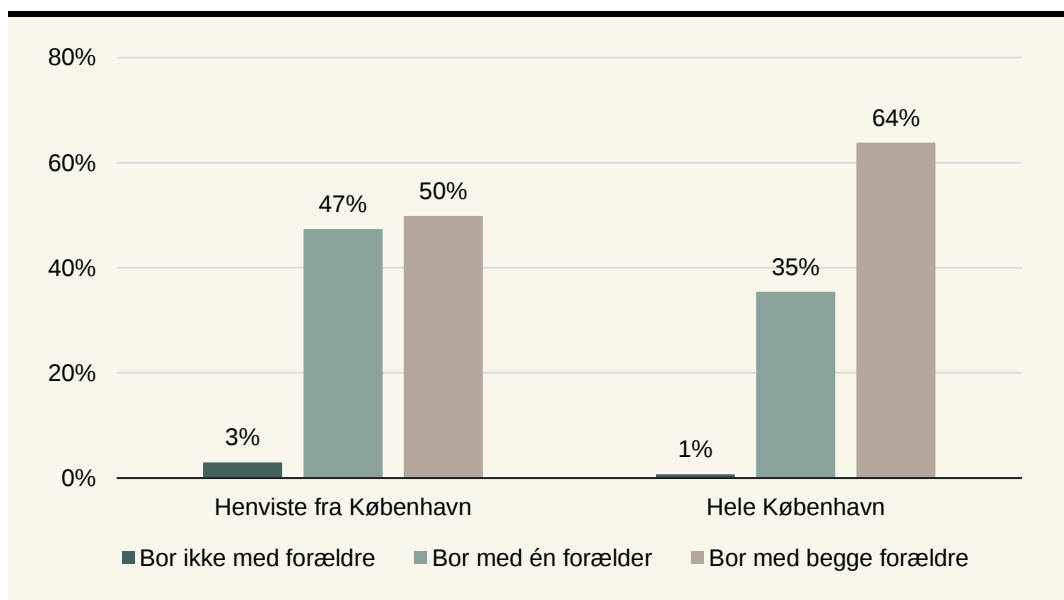
Note: Indeholder data for henvisninger af børn og unge bosiddende i Frederiksberg og Københavns Kommune for årene 2019-2023.

- Der ses i perioden fra 2019 til 2023 et fald i andelen af henvisninger, der tilbagehenvises til almen praksis.
- Stigningen i antallet af godkendte henvisninger kan hænge sammen med indførslen af kliniske visitationer i CVD. Dette er under antagelse af, at man tidligere har tilbagehenvist en stor andel af de henvisninger, hvor man har været i tvivl om hvorvidt, den skulle accepteres. Der ses en parallel sammenhæng mellem stigningen i antallet af godkendte henvisninger og stigningen i antallet af kliniske visitationer i dataperioden.

Karakteristika for børn og unge, der tilbagehenvises:

- Andelen af børn og unge fra Københavns Kommune, der henvises til BUC, som bor med begge deres forældre, er markant lavere end det er tilfældet for den samlede population af børn og unge inden for aldersspændet i Københavns Kommune.

Figur 6: Fordeling af bopælsstatus for henviste og for hele befolkningen af børn og unge i Københavns Kommune i 2023



Note: Fordelingen af bopælsstatus for alle børn og unge i København er vægtet i forhold til aldersfordelingen af de børn og unge, der henvises, da der også ses en sammenhæng mellem alder, og andelen af børn og unge, der bor med hhv. begge, én eller ingen forældre. Figuren indeholder kun tal for Københavns Kommune, da det ikke har været muligt at indsamle data for bopælsstatus for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune.

- Børn og unge bosiddende i et område med en højere gennemsnitlig disponibel indkomst bliver i mindre grad tilbagehenvist til almen praksis, end børn og unge bosiddende i et område med en lavere disponibel indkomst.
- Der ses ingen sammenhæng mellem antallet af henvisninger fra den enkelte henvisningspart og tilbagehenvisninger. Ligeledes findes der ingen sammenhæng mellem køn og alder og omfanget af tilbagehenvisninger.
- Med udgangspunkt i de tilgængelige data er det ikke muligt at drage endelige konklusioner om eventuelle sammenhænge mellem henvisningsudfald, og hvorvidt det enkelte barn eller den enkelte unge har en social- eller PPR-sag i kommunen på henvisningstidspunktet.

2.3 Analysespørgsmål 2

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 2 (*Er der systematik i de årsager, der gives for tilbagehenvisning af børn og unge fra BUC, herunder i forhold til henvisningspart og henvisningernes kvalitet?*) konkluderes følgende:

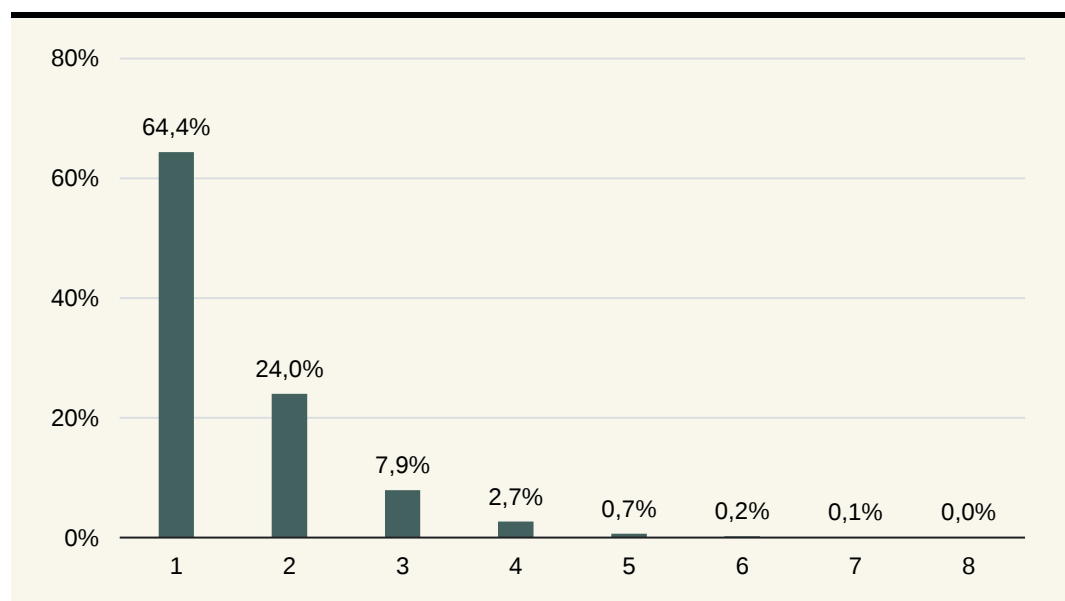
- Manglende oplysninger er den hyppigste årsag til tilbagehenvisning, og en stor andel af de børn og unge, som tilbagehenvises af denne årsag, kan formodes at blive genhenvist.
- Det er særligt henvisninger fra almen praksis, som tilbagehenvises med manglende oplysninger som årsag, men også kommunale henvisninger tilbagehenvises i nogen grad på grund af manglende oplysninger.
- Manglende afprøvning i kommune og/eller almen praksis er også årsag til en relativt stor andel af tilbagehenvisninger, og det formodes, at der blandt disse også er en andel børn og unge, som genhenvises til BUC efter indsats i kommune eller hos egen læge er forsøgt.

2.4 Analysespørgsmål 3

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 3 (*Hvor stor en andel af tidligere tilbagehenviste genhenvises senere til BUC?*) konkluderes følgende:

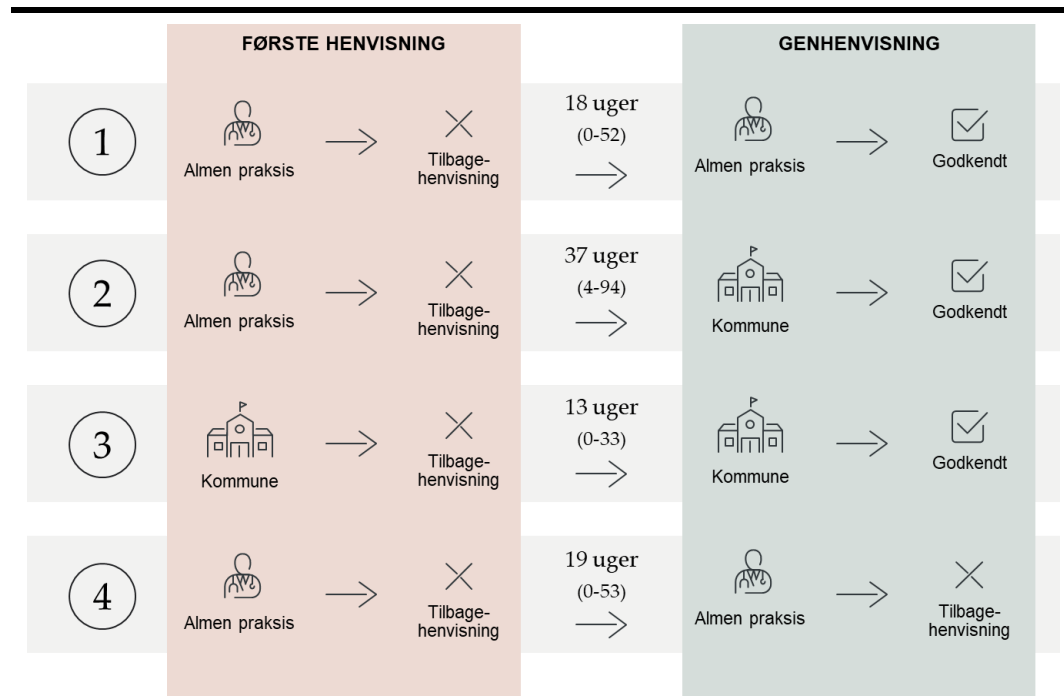
- Genhenvisninger udgør en stor del af det samlede antal henvisninger. Ca. en tredjedel af alle børn og unge, der henvises til BUC bliver henvist mere end én gang i løbet af den seksårige dataperiode, hvilket betyder, at ca. en tredjedel af alle henvisninger i perioden, er genhenvisninger. Der skal her tages forbehold for, at den afgrænsede dataperiode betyder, at disse tal med stor sandsynlighed undervurderer omfanget af genhenvisninger.

Figur 7: Antal henvisninger i perioden 2018-23 pr. henvist barn og ung, der er henvist i perioden 2019-22



- Det er hyppigst almen praksis, som står for den første henvisning i et genhenvisningsforløb.

Figur 8: Henvissningspart og -udfald for de fire mest hyppige genhenvissningsforløb



2.5 Hypoteser om mulige tiltag

Samlet set kan der i forhold til spørgsmålet om, hvilke tiltag der kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenviste børn og unge fra BUC, opstilles ni hypoteser, der kan fungere som afsæt for formulering af egentlige anbefalinger til fremtidige tiltag. Hypoteserne er samlet under fire overskrifter, der udtrykker ambitionen med hypoteserne.

Færre tilbagehenvisninger grundet manglende oplysninger

- 1) Et standardiseret online henvissningssystem, der kan tydeliggøre oplysningsbehovet i den konkrete henvissning, vil sikre en lavere andel henvissninger med manglende oplysninger.
- 2) En styrket teknisk mulighed for, at almen praksis kan vedhæfte relevante dokumenter til henvissning, vil føre til at færre henvissninger tilbagehenvises på grund af manglende oplysninger.

Kortere sagsforløb gennem styrket kommunikation mellem professionelle aktører

- 3) En øget anvendelse af muligheden for sparring hos Center for Visitation og Diagnostik i forbindelse med potentiel henvissning til BUC kan føre til færre ikke-relevante henvissninger og færre tilbagehenvisninger på baggrund af mangler jævnfør samarbejdsaftalen.

- 4) En styrket kommunikation mellem almen praksis og kommunerne vil betyde kortere sagsforløb, da færre henvisninger vil blive tilbagehenvist grundet manglende oplysninger eller andre mangler jævnfør samarbejdsaftalen.
- 5) Hvis Center for Mental Sundhed kan henvise direkte til BUC vil sagsforløb kunne afkortes.
- 6) Fortsat fokus på tværsektoriel kommunikation gennem samordningsudvalg og driftsforum vil betyde en yderligere udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen, hvilket vil betyde en fortsat lavere andel tilbagehenvisninger.

Færre tilbagehenvisninger grundet henvisninger uden for målgruppen

- 7) Styrkede muligheder for tidligt at imødekomme forældres bekymringer med relevante tiltag vil føre til færre henvisninger, der afvises på grund af, at barnet/den unge falder uden for målgruppen.
- 8) Et styrket fokus på at tydeliggøre mulighederne for støtte til børn og unge i mistrivsel uden en diagnose, hvor kommune eller almen praksis vurderer, at det ikke vil være relevant at henvise til BUC, vil betyde, at færre forældre vil ønske deres børn udredt.

Færre tilbagehenvisninger og genhenvisninger ved tvivl om henvisningens relevans

- 9) Hvis der fortsat arbejdes med at indhente yderligere oplysninger ved tvivl om henvisningens relevans, vil det betyde færre tilbagehenvisninger af relevante henvisninger, hvilket videre vil føre til færre genhenvisninger.

About us

Born in Denmark with offices in Copenhagen, Aarhus, Stockholm, Malmö, Gothenburg, Oslo, Zurich, Munich, Hamburg, Düsseldorf and Raleigh, NC. With 1,500+ consultants and multinational clients and projects, we offer local expertise with a global perspective.

We believe that great organisational impact leads to great impact for humanity. Implement was created to help turn true expertise into real change.

Contact

Jesper Henriksen
+45 4138 0087
jehe@implement.dk

Baggrund og formål

Sundhedsklyngen Byen har bedt Komponent om at foretage en afdækning og analyse af samarbejdet og opgavevaretagelsen om børn og unge med komplekse problemstillinger. Målgruppen er afgrænset til børn og unge, som, under eller i forlængelse af et ambulante forløb eller en indlæggelse, skal anbringes udenfor hjemmet. Dette, da denne gruppe må anses for at være særlig sårbar, og derfor også særligt afhængige af, at der er et velfungerende og koordineret samarbejde mellem region og kommuner. Som et led i udvælgelsen af interviewpersoner har styregruppen aftalt at indsnævre målgruppen til primært at omhandle børn og unge, som, i forlængelse af en indlæggelse, anbringes udenfor hjemmet. Fokusgruppeinterviews i Regionen har således været med ledere og medarbejdere fra døgnafsnit, hvorimod der i dataanalysen også er fokus på børn og unge, der anbringes i forlængelse af ambulante forløb. Afgrænsningen er foretaget, idet psykiatrien vurderer, at det overvejende er børn og unge som er indlagte, der anbringes udenfor hjemmet.

Sundhedsklyngen ønsker viden om, hvordan region og kommuner oplever samarbejdet, herunder hvilke udfordringer, som opleves i forhold til at skabe et godt samarbejde om børnene og de unge. Der er udarbejdet en samarbejdsaftale, som senest er revideret i 2022, og som beskriver ansvar og roller i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykisk sygdom. Sundhedsklyngen ønsker, at der, som led i afdækningen, undersøges, om der er behov for justeringer i samarbejdsaftalen med henblik på at forbedre samarbejdet.

Som fælles vidensgrundlag ønsker Sundhedsklyngen endvidere en kortlægning af målgruppens faktiske omfang, udvikling over tid samt indsigt i hvorvidt de omfattede børn anbringes indenfor eller udenfor Region Hovedstaden, da dette har betydning for det efterfølgende samarbejde. Formålet med analysen er derfor at undersøge samarbejdet mellem kommuner og region om børn og unge, der anbringes i forlængelse af psykiatrisk indlæggelse eller ambulante kontakt, herunder undersøge om der er behov for justeringer i samarbejdsaftalen, så den i endnu højere grad kan understøtte samarbejdet. Endelig er formålet at afdække omfanget af og karakteristika ved målgruppen.

I denne rapport afrapporteres analysens resultater, som er fremkommet på baggrund af en kvalitativ undersøgelse af samarbejdet og en kvantitativ analyse af omfanget og karakteristika om målgruppen.

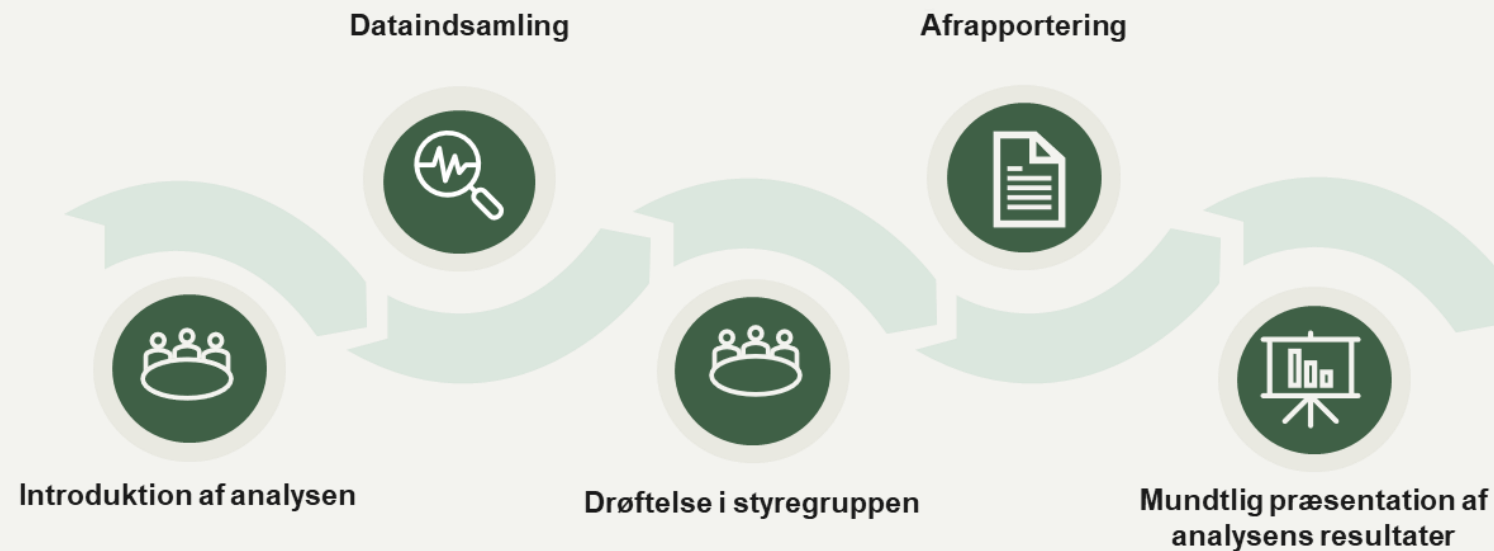


Analysens grundlag og metode

Analysen bygger på viden indsamlet gennem fokusgruppesamtaler samt registerbaserede analyser, der kobler data fra hhv. Danmarks Statistik og Patientregistret. Der er, som en del af analysen, blevet gennemført en række fokusgruppesamtaler med ledere og medarbejdere fra Region Hovedstadens psykiatri og fra de to kommuner, Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

Der har både indledningsvist, midtvejs og i forbindelse med afrapportering været inddragelse og drøftelser med analysens styregruppe med henblik på at validere og kvalificere analysens resultater.

Analysen er gennemført i foråret 2024 med endelig afrapportering til styregruppen i juni 2024





Fokusgruppeinterviews

For at undersøge oplevelsen af samarbejdet mellem kommuner og psykiatri er der gennemført fokusgruppeinterview i henholdsvis kommuner og Region.

Der er gennemført følgende fokusgruppeinterviews:

I Frederiksberg Kommune er der gennemført følgende fokusgruppeinterview:

- Ledergruppen familieområdet og PPR
- Medarbejdere fra familieområdet og PPR

I Københavns Kommune er der gennemført følgende fokusgruppeinterviews:

- Ledere fra Borgercenter Handicap
- Medarbejdere fra Borgercenter Handicap
- Ledere fra to forskellige geografiske områder i Borgercenter Børn og Unge
- Medarbejdere fra to forskellige geografiske områder i Borgercenter Børn og Unge
- Medarbejdere fra ét af kommunens døgninstitutioner i Borgercenter Børn og Unge.

I Region Hovedstaden er der gennemført 4 fokusgruppeinterviews:

- Socialrådgiverne fra døgnafsnittene på Bispebjerg og Glostrup Hospitaler
- Ledelsesrepræsentanter fra døgnafsnittene på Bispebjerg Hospital
- Ledelsesrepræsentanter fra døgnafsnittene på Glostrup Hospital
- Medarbejdere fra døgnafsnittene (Glostrup og Bispebjerg hospital) (sygeplejersker og pædagoger)

To interviews i Regionen er foregået virtuelt over teams, mens de øvrige er foregået fysisk.

- Fokusgruppeinterviewene er gennemført som semistrukturerede interviews, hvor der er taget udgangspunkt i en interviewguide, men hvor der samtidig er givet plads til at deltagerne kan frembringe deres særlige perspektiver og erfaringer.
- Forud for interviewene har kommunerne og Regionen udarbejdet arketyper, som beskriver et typisk sagsforløb, når børn og unge skal anbringes i forlængelse af en indlæggelse eller et ambulante forløb i psykiatrien.
- Arketyperne er anvendt i interviewene, som udgangspunkt for samtaler om hvordan sagsgangen opleves i henholdsvis kommuner og regioner, og har bidraget til en yderligere konkretisering af centrale faser af samarbejdet.



KOMPONENT™

Dataanalysens design og datakilder

Analysedesign

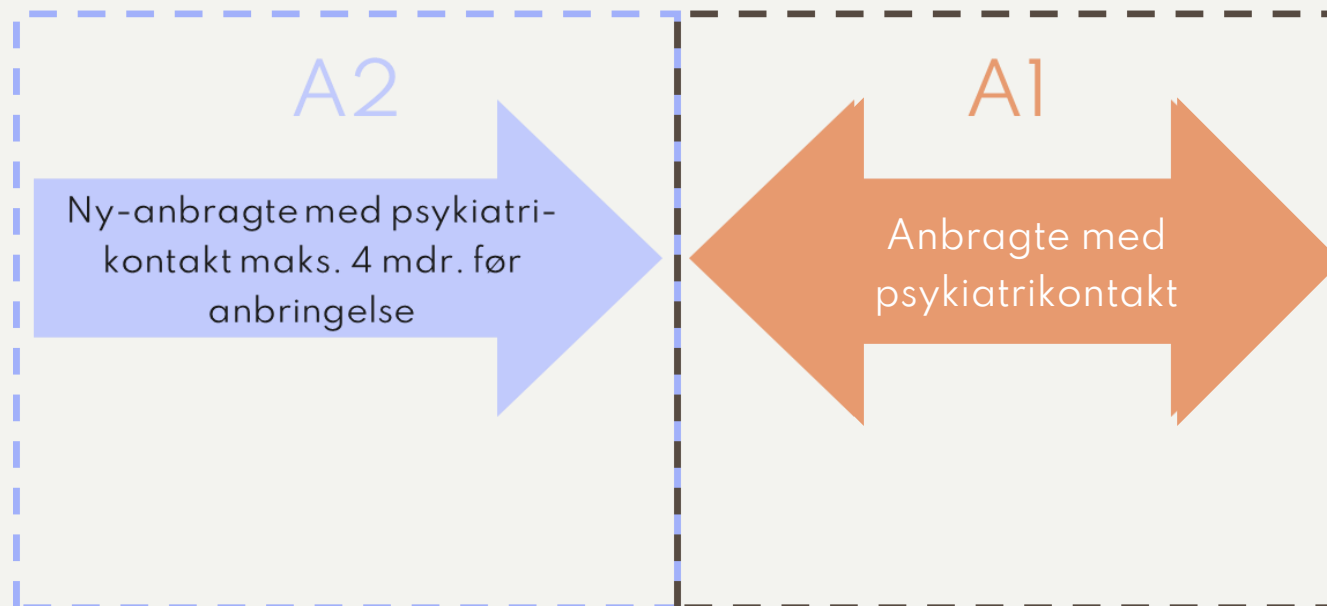
Analysedesignet for dataanalysen er illustreret i modellen til højre. Dataanalysens formål er at afdække omfang og karakteristika hos børn og unge, der forud, for opstarten af et anbringelsesforløb, har været i kontakt med psykiatrien samt ved de børn og unge, der, under deres anbringelse, har været i kontakt med psykiatrien.

Dataanalysen er derfor tilrettelagt med udgangspunkt i datasættene A1 og A2:

- A1: Børn og unge der er anbragte og samtidig har kontakt til psykiatrien (samtidighed)
- A2: Børn og unge, der har psykiatrikontakt umiddelbart før de anbringes (indenfor fire måneder)

Følgende afrapportering tager særligt afsæt i målgruppen A2.

*Ny- anbringelse defineres i denne sammenhæng som en anbringelse, hvor der mindst er 10 dage imellem opstarten på anbringelsen og slutdatoen for en evt. afsluttet anbringelse



Datagrundlag

Datagrundlaget for analyserne er registerdata, der kobler registreringer om anbringelser og ny-anbringelser (indsendt til Danmarks Statistik (DST)) og data fra Landspatientregistret vedrørende psykiatrikontakt. Disse data er sammenkørt af KL's analyseenhed, som via forsker adgang kan koble datasæt fra netop DST og Landspatientregistret, og som derigennem kan give indsigt i sammenhængen på tværs af de to sektorer.



Definitioner

Afgrænsning af hospitalsophold	Et hospitalsophold er et fysisk ophold på hospital, som kan bestå af flere tidsmæssigt sammenhængende kontakter/fremmøder. Hvis der er under 4 timer mellem kontakterne, lægges de sammen til et samlet hospitalsophold. Omkring 7 pct. af opholdene består af mere end én kontakt. Hospitalsophold dækker både indlæggelser og ambulante ophold. Virtuelle kontakter er ikke med.
Afgrænsning af psykiatri	Psykiatriske hospitalsophold er ophold, hvor størstedelen af tiden i opholdet (kontakterne) er psykiatriske. "Psykiatrisk" vil sige, at kontakten sker på psykiatriske hospitalsafdelinger, eller at aktionsdiagnosen er psykiatrisk (dvs. F-diagnose). Dvs. at hospitalsophold, hvor størstedelen af tiden i opholdet hverken har en psykiatrisk aktionsdiagnose eller foregår på en psykiatrisk afdeling, ikke er med, men dele af opholdet kan være "somatisk".
Afgrænsning af indlæggelser og ambulante ophold	En indlæggelse er defineret som et hospitalsophold, der varer mindst 12 timer. Et ambulant ophold er et hospitalsophold, der varer under 12 timer. Definitionen følger Sundhedsdatastyrelsens opholdsdannelse. Fire ud af fem ambulante ophold varer under 2 timer. Ca. 65 pct. af indlæggelserne og 3 pct. af de ambulante ophold består af flere tidsmæssigt sammenhængende kontakter. 97 pct. af de ambulante ophold er planlagte, resten er akutte (psykiatriske skadestuebesøg).
Afgrænsning af anbragte i løbet af året	Personer med igangværende anbringelsesforløb på et tidspunkt i løbet af kalenderåret ("berørte"). Det omfatter både personer, der er anbragt hele året, personer, der er blevet anbragte i løbet af året, og personer, der har afsluttet deres anbringelse i løbet af året, herunder også personer med flere anbringelsesforløb i løbet af samme år. Der er således tale om flere anbragte end antallet af anbragte på et givent tidspunkt. Anvendes som analysepopulation i analysedel A1.
Afgrænsning af nyopstartede anbringelsesforløb (nye anbragte)	Omfatter alle nyopstartede anbringelsesforløb i løbet af året (ikke kun førstegangsanbragte). Definitionen af iværksættelser afviger fra definitionen i statikbanken (tabel ANBAARI4), hvor nogle skift i anbringelser kan tælle som iværksættelser (især før 2020). Dette er der taget højde for her, ved at iværksætte anbringelsesforløb kan bestå af flere på hinanden følgende anbringelser (iværksættelser eller ændringer) med under 10 dage imellem. Skift i anbringelser tæller således ikke som nye anbringelsesforløb. Samme person kan indgå flere gange i samme år, hvis personen opstarter flere adskilte anbringelsesforløb, som starter inden for samme kalenderår. Anvendes som analysepopulation i analysedel A2.
Aldersafgrænsning	0-18-årige ultimo året, dvs. 0-17-årige primo året inklusiv nyfødte. Dvs. nogle få kan være fyldt 18 ved anbringelsen.
Kommune-afgrænsning	Ud fra handlekommune. Frederiksberg og København. Når tallene for Frederiksberg bliver for små ved karakteristika, laves analyserne samlet for de to kommuner.
Beliggenheds-kommune	Ud fra folkeregisteradresse 1/1 året efter, da beliggenhedskommune-variabel i anbringelsesregisteret er uoplyst i 60 pct. af observationerne med Frederiksberg og København som handlekommune.



Samlede anbefalinger fra analysen

Dette afsnit samler analysens anbefalinger



Sammenfatning af analysens hovedpointer

- Dataanalysen viser, at målgruppen – børn og unge der anbringes i forlængelse af psykiatrikontakt (55 børn og unge i 2022) og/eller indlæggelse (27 børn og unge i 2022) er en begrænset gruppe antalsmæssigt, men at antallet, for Københavns og Frederiksberg Kommuner, er stigende. Andelen af nyanbragte, som er i kontakt med psykiatrien eller har været indlagt, er markant højere end, hvad der er tilfældet på landsplan.
- Af den kvalitative del af analysen ses, at der generelt er et fælles ønske om at sikre et samarbejde, der giver målgruppen den rette hjælp. Det er dog ikke de positive fortællinger, som fylder i lederes og medarbejderes fortællinger om samarbejdet, men tværtimod fortællinger om et vanskeligt samarbejde. Det er Komponent's vurdering, at samarbejdsudfordringerne bl.a. handler om manglende viden og forståelse for rammer og vilkår på tværs af de to sektorer.
- Samarbejdet vurderes videre at være udfordret af forskellige lovgivninger, logikker og tidsperspektiver. Psykiatrien arbejder indenfor rammerne af Sundhedsloven, hvor indlæggelser har til hensigt at behandle, stabilisere og udrede. Indlæggelser skal således ikke vare længere end nødvendigt og har generelt et kortere tidsperspektiv. Kommunerne har til opgave at oplyse sagen, iværksætte relevant støtte og at sikre børns og forældres retssikkerhed i sagsforløbet. Dette giver et længere sagsbehandlingsforløb, ligesom fremtidsperspektiv i kommunernes samarbejde med børn og familier er længere. Kommunerne har et bredere perspektiv, når en sag skal oplyses, hvor psykiatriens perspektiv udgør én ud af flere. Perspektiver fra forældre, skole, fritid m.m. indgår ligeledes i det grundlag, der skal være til stede, for at kommunen kan træffe beslutninger om relevante indsatser. Det er vurderingen at de forskellige logikker udfordrer samarbejdet og at der i mindre grad er opmærksomhed på de forskellige rammevilkår og muligheder for samarbejdet.



Sammenfatning af analysens hovedpointer

- Af dataanalysen ses, at korte indlæggelser har været kraftigt stigende over årene. I kommunerne genkendes dette og der er en oplevelse af, at børn og unge udskrives tidligere, og at de på udskrivelsestidspunktet har massive og mere komplekse udfordringer, end hvad der er oplevet tidligere. Af interviews i kommunerne fremgår, at der er udfordringer med at imødegå målgruppens vanskeligheder i de eksisterende tilbud, da de i mindre grad er rustede til at modtage børn med så massive udfordringer. Flere efterspørger i den sammenhæng, at der i højere grad er tilbud, der kan imødekomme målgruppen og at der i tilbuddene er et tæt samarbejde mellem psykiatrien og kommuner.
- Fra et psykiatrisk perspektiv er samarbejdet udfordret af, at kommunernes praksis bærer præg af iværksættelse af for lidt indgribende indsatser i forhold til behovene, og at psykiatrien oplever lang sagsbehandlingstid i kommunerne.
- Når samarbejdet fungerer bedst, er der løbende og hyppig dialog i mellem sektorerne, og der er gensidig respekt og tillid i samarbejdet. Det gode samarbejde er endvidere kendetegnet ved, at der udvises fleksibilitet og velvilje til at få en fælles plan til at lykkes.
- I forhold til samarbejdsaftalen ses det gennemgående, at den er kendt af få medarbejdere men i højere grad af ledere, hvor den ses at være anvendelig i ledelsessamarbejdet på tværs af sektorer. Det er forskellige opfattelser af, hvad samarbejdsaftalen skal bidrage til, hvor ledere fremhæver aftalen som et ledelsesværktøj, men medarbejdere efterspørger mere konkrete anvisninger.



Samlede anbefalinger

Komponent anbefaler på baggrund af analysen:

- At der, i det strategiske og ledelsesmæssige samarbejde på tværs af kommuner og regioner, løbende foretages vurderinger og dataunderstøttede drøftelser af udviklingstendenser i forhold til målgruppen. I den forbindelse anbefaler Komponent, at der foretages yderligere undersøgelse af, hvilke årsager der er, til at så mange af de nyanbragte i FRB og KK har forudgående kontakt til psykiatrien, set i forhold til landsplan.
- Med målgruppens størrelse i mente kan det, fra et kommunalt perspektiv, være svært at opnå erfaring med målgruppen og samarbejdsfladen med psykiatrien på medarbejderniveau. Det anbefales derfor, at kommunen styrker indsatsen ved at undersøge, hvordan der kan opbygges viden, kapacitet og erfaringsgrundlag i arbejdet med målgruppen på lokalt niveau. Hvordan kapacitetsopbygningen tilrettelægges, afhænger af kommunernes organisering og størrelse.
- At der i kommunen er særligt fokus på så hurtigt som muligt at igangsætte en afdækning eller en børnefaglig undersøgelse så snart, der opnås kendskab til børn og unge, som er døgnindlagte. I analysen er der enighed om, at børn og unge, der er døgnindlagte, har massive og komplekse udfordringer, hvilket for langt størstedelen af tilfældene giver anledning til, at der skal udarbejdes en undersøgelse.



Samlede anbefalinger

Komponent anbefaler på baggrund af analysen:

- At der i psykiatrien er fokus på at udbrede kendskabet til kommunens rammer og muligheder blandt det tværgående kliniske personale, som ikke har socialrådgiverbaggrund. Dette er nødvendigt, da denne gruppe i praksis har stor betydning for samarbejdets succes og ofte er meget toneangivende i samarbejdet.
- At bevidstheden, om at den skriftlige dokumentation er afgørende for kommunens effektivitet i sagsbehandlingen, øges i psykiatrien. Der skal være fokus på, at dokumentationen skal være skriftlig, og at mundtlige og løbende informationer ikke i sig selv er nok. I den forbindelse bør der i psykiatrien være fokus på, at denne skriftlige dokumentation leveres så tidligt i forløbet som muligt.
- At der, i tråd med ambitionerne i Barnets Lov, sættes fokus på, hvordan børns og unges perspektiver kan få en mere central plads i samarbejdet. I den sammenhæng bør der være fokus på, hvordan børn og unge får deltagelsesmuligheder ved samtaler, møder mv., og hvordan de løbende orienteres om processer og sagskridt. Videre kan inddragelsen af børns og unges perspektiver med fordel få et særligt fokus i samarbejdsaftalen.



Samlede anbefalinger

Det er Komponent's anbefalinger i forhold til samarbejdsaftalen:

- At der igangsættes strategiske drøftelser af, hvad samarbejdsaftalen skal bidrage til, og hvordan den skal implementeres, herunder om den skal være konkret handlingsanvisende eller i højere grad være et ledelsesværktøj i brug for samarbejdet mellem sektorer.
- At samarbejdet om målgruppen får en endnu tydeligere prioritet og plads i samarbejdsaftalen grundet målgruppens kompleksitet og særlige behov for et koordineret samarbejde. Det anbefales, at samarbejdsaftalen læses igennem og revideres med dette i mente.
- At der ved revidering af samarbejdsaftalen tages særlig stilling til, hvordan samarbejdet skal foregå, når børnene/de unge ved anbringelse skifter behandlingsansvarlig region. Dataanalysen peger på, at dette sker for ca. 15 % (8 ud af 55 børn og unge).
- At der på relevant ledelsesniveau i kommuner og Region er et særligt kendskab til samarbejdsaftalen, så ledelsen kan understøtte samarbejdet på tværs af sektorer.
- At der sættes fokus på at øge kendskabet til samarbejdsaftalen blandt medarbejdere i kommunen og blandt de kliniske medarbejdere i psykiatrien.
- Øget kendskab til samarbejdsaftalen kan eksempelvis ske ved inddragelse af samarbejdsaftalen i onboardingforløb for nye medarbejdere og ved løbende at sætte fokus på samarbejdsaftalen i lokale faglige sammenhænge.



Samlede anbefalinger

Det er Komponent's anbefalinger i forhold til samarbejdsaftalen:

- At der i revidering af samarbejdsaftalen sættes fokus på beskrivelse af de forskellige faglige tilgange og rammevilkår, som er i spil i samarbejdet. Ved at beskrive de faglige tilgange, rammer og muligheder i de to sektorer mere eksplicit, kan det øge den generelle viden og forståelse på tværs.
- At der i revidering af samarbejdsaftalen udarbejdes visuelt understøttende beskrivelser af sagsprocesserne i henholdsvis kommuner og i psykiatrien.
- At der i samarbejdsaftalen sættes fokus på muligheden for at afholde fagprofessionelle møder forud for netværksmøder med henblik på at opnå et mere helhedsorienteret og koordineret samarbejde om målgruppen
- At samarbejdsaftalen tydeligere understreger, at der er en gensidig forpligtelse og initiativret til at invitere og deltage i netværksmøder omkring målgruppen, også med kort varsel.



Tema 1 - Målgruppen

I det følgende kapitel er der fokus på målgruppen – børn og unge, der anbringes i forlængelse af psykiatrikontakt (A2).

I kapitlet afdækkes målgruppens omgang og udviklingen samt karakteristika ved målgruppen. Denne del af analysen bygger på registerdata fra Danmarks Statistik og fra Patientregistret. Dataanalysen nuanceres løbende gennem beskrivelser af oplevelsen af samarbejdet om målgruppen fra fokusgruppeinterviewene.

Forudgående kontakt ved nye anbringelser

A2 – Børn og unge der har psykiatrikontakt umiddelbart før de anbringes

I 2022 var der 55 af de nyopstartede anbringelsesforløb, der havde forudgående psykiatrikontakt (A2) i form af ambulant kontakt eller psykiatrisk indlæggelse.

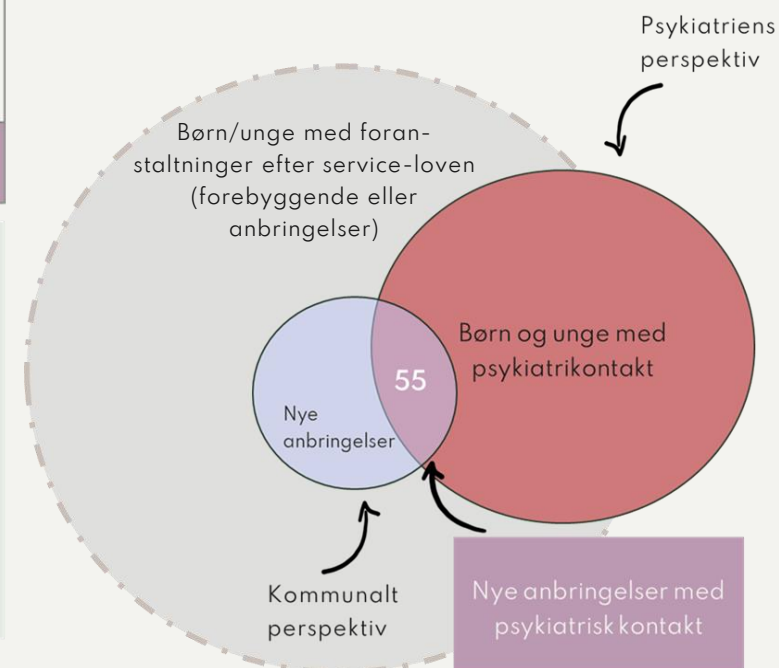
I et kommunalt perspektiv betyder det, at 23% af alle nye anbringelser havde forudgående psykiatrikontakt.

I psykiatrien var der i 2022 3.881 børn og unge fra København og Frederiksberg Kommuner, der var i kontakt med psykiatrien. Det betyder, at 1,4% af alle de børn og unge, der i løbet af året havde kontakt til psykiatrien blev anbragt.

Det er altså et fåtal af børn og unge med psykiatrikontakt, der efterfølgende bliver anbragt. For gruppen af børn og unge, der anbringes, er det i midlertidigt lidt under hver fjerde, der har haft forudgående psykiatrikontakt.

Samlet set er målgruppen, fra et datamæssigt perspektiv, relativt begrænset, hvorfor alle analyser under hensyn til GDPR er lavet samlet for København/Frederiksberg

Ny-anbragte med psykiatrikontakt A2	
55	
Ny-anbringelser	Psykiatrikontakt
238	3.881
Andel af ny-anbringelser, som har forudgående psykiatrikontakt	Andel 0-17 årige med psykiatrikontakt, der er nye anbringelser
23%	1,4%



Forudgående kontakt ved nyopstartede anbringelsesforløb

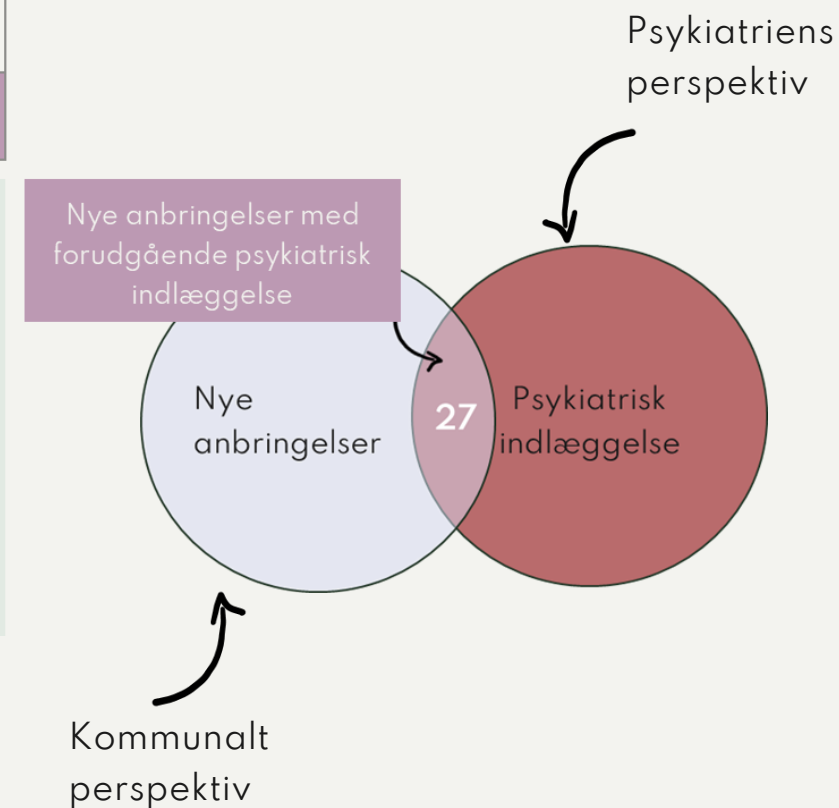
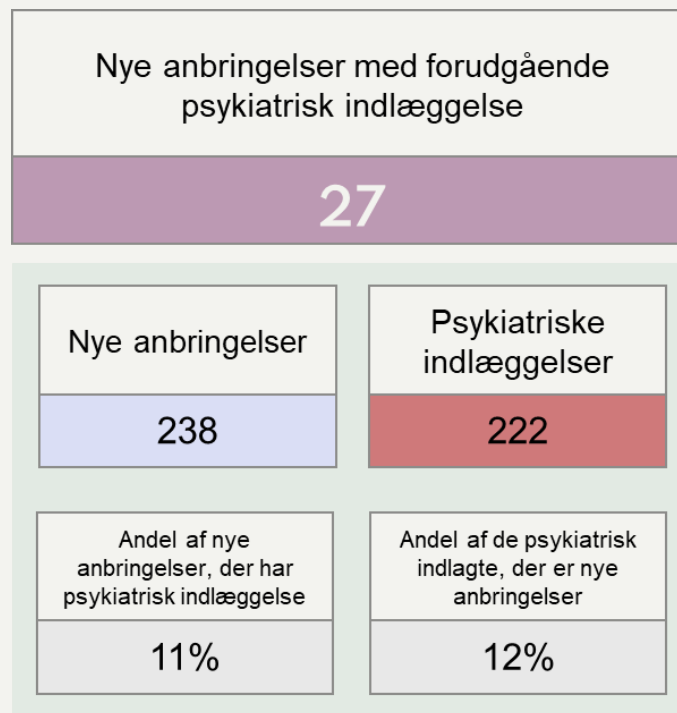
A2 – Børn og unge der har psykiatrikontakt umiddelbart før de anbringes

I 2022 havde 27 af de 238 nye anbringelsesforløb en forudgående psykiatrisk indlæggelse. Det svarer til ca. hver tiende nye anbringelse (11%).

Fra et regionalt perspektiv er det også ca. hver tiende (12%) af de 0-17-årige med psykiatrisk indlæggelse, der bliver anbragt inden for fire måneder efter den psykiatriske indlæggelse.

Hyppigheden er dermed ca. det samme både i et regionalt og kommunalt perspektiv, når der ses på forudgående kontakt i form af indlæggelser.

Der er her fokuseret på overlappet mellem nye anbringelser og psykiatrisk indlæggelse. Det er værd at bemærke at stort set alle disse forløb også havde ambulant kontakt i perioden forud for anbringelsen

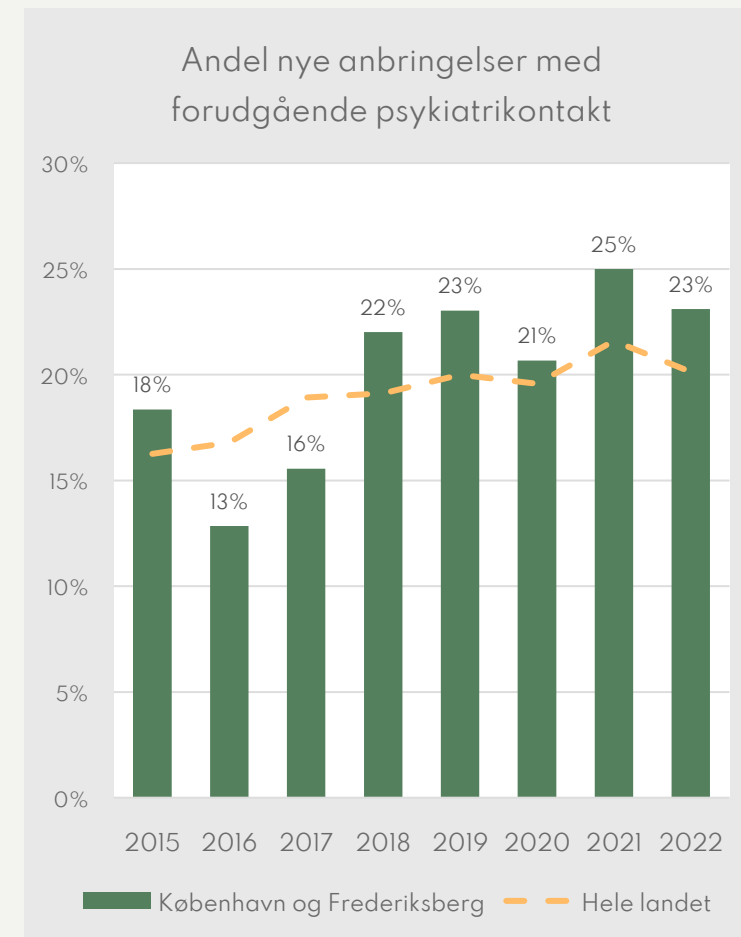
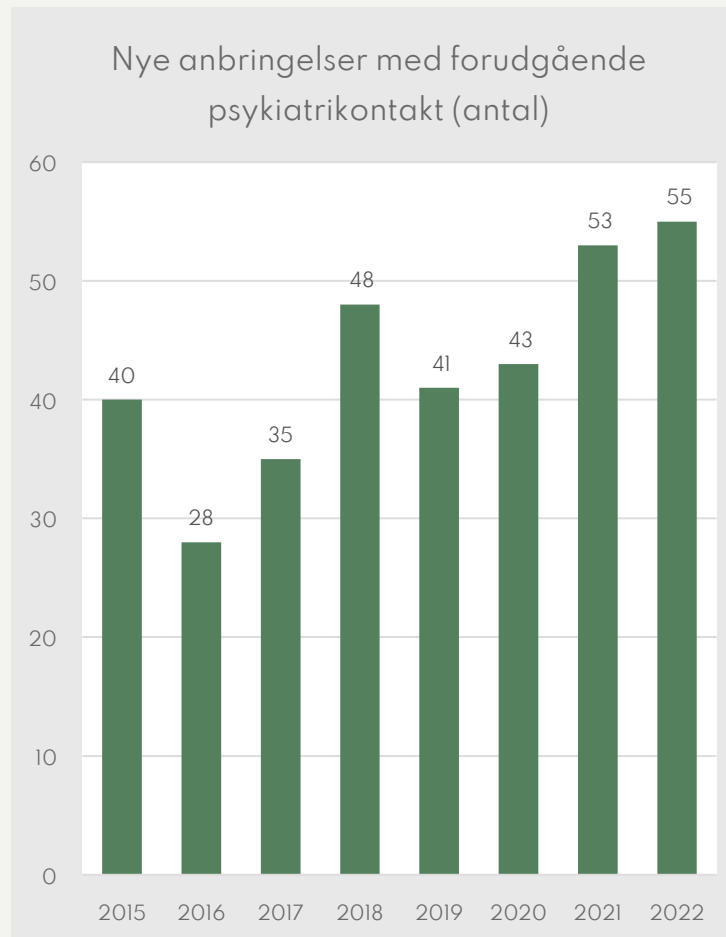


Flere ny-anbragte har forudgående psykiatrikontakt og andelen af nye anbringelser med kontakt er højere end på landsplan

Antallet af nye anbringelser med forudgående psykiatrikontakt er steget 38% over perioden 2015-2022.

Hyppigheden i psykiatrikontakt, blandt de nye anbringelser, er større i Frederiksberg/København sammenlignet med landsgennemsnittet. En tendens der ses gennemgående siden 2018.

Selvom der samlet set anbringes færre børn og unge i de to kommuner end landsgennemsnittet, så har flere af de nyopstartede forløb forudgående psykiatrikontakt end hvad, der er tilfældet på landsplan.

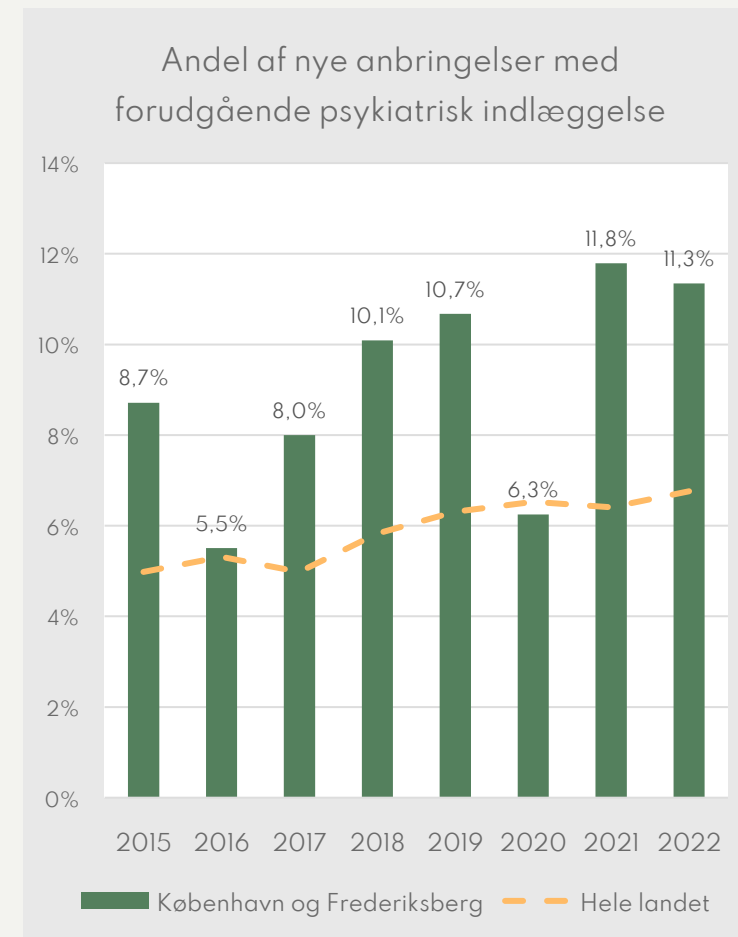
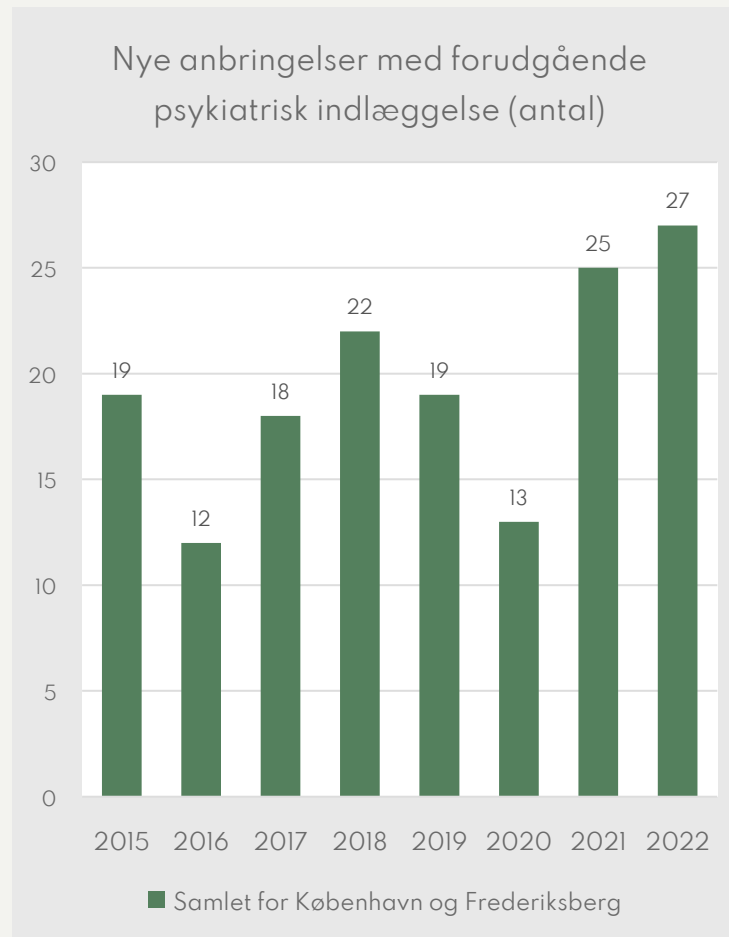


Flere ny-anbragte har forudgående psykiatrisk indlæggelse, og andelen er noget større end landstendensen

I 2022 havde 27 af de 55 nye anbringelsesforløb mindst én forudgående indlæggelse. Målgruppen er vokset 42% fra 2015-2022, omend der ses udsving i årene med Covid-19.

Sandsynligheden for psykiatriske indlæggelser forud for anbringelse er meget større i Frederiksberg/København sammenlignet med landsgennemsnittet. Der er altså relativt set en større andel af alle ny-anbringelser i København/Frederiksberg, hvor barnet/den unge har været indlagt mindst én gang forud for anbringelsen.

Denne udvikling sker samtidigt med at psykiatriske indlæggelser, blandt børn og unge fra Frederiksberg og København, generelt stiger (9%). En voksende andel af alle indlæggelsesforløb ender hermed i anbringelser. En andel der ligeledes er noget større, end hvad der ses på landsplan



Alle parametre vokser og målgruppen er blevet større

A2 – Børn og unge der har psykiatrikontakt umiddelbart før de anbringes

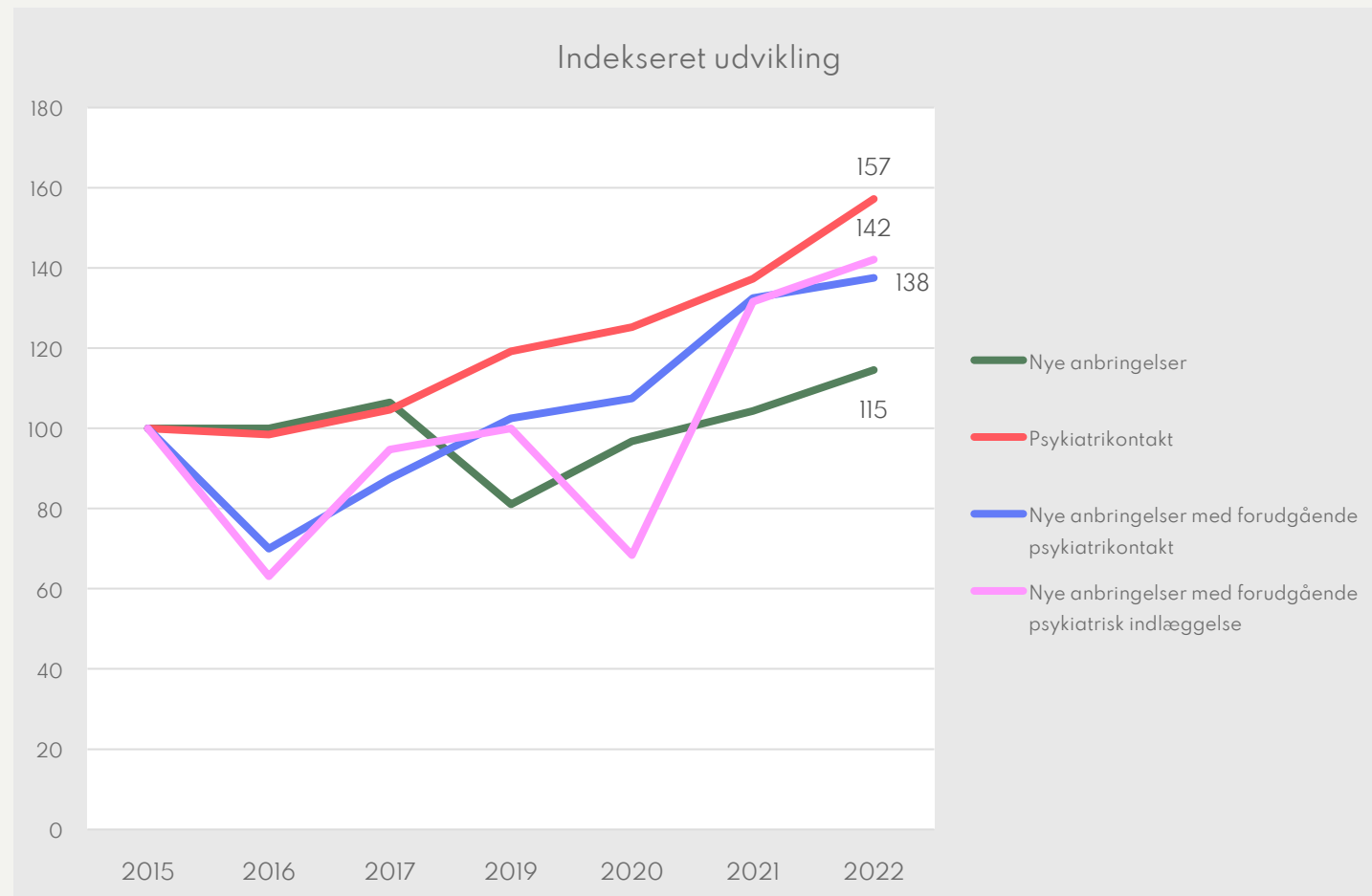
Indekseres udviklingen, ses det, at der er sket en stigning på alle de udvalgte parametre fra 2015-2022, om end i varierende grad (15-57%)

Særligt markant ses der en stigning i den generelle psykiatrikontakt.

Der ses ligeledes kraftige stigninger i nye anbringelser med forudgående psykiatrikontakt – både ift. generel psykiatrikontakt og psykiatriske indlæggelser. Atter med udsving – særligt i årene med Covid-19. Det er igen vigtigt at være opmærksom på målgruppens begrænsede størrelse, særligt for disse to parametre. En faktor, der i sig selv kan udfordre sammenligneligheden over år.

Det er ikke sådan, at udviklingen er drevet af, at der iværksættes flere anbringelser i København/Fredriksberg. Her ses "blot" en stigning på 15%.

Det er altså overlappet mellem nyanbringelser og psykiatrikontakt, der er blevet større – ikke kun fordi der opstartes flere anbringelser, men fordi en større andel af alle nye anbringelser har haft forudgående psykiatrikontakt i form af ambulante kontakter og/eller psykiatriske indlæggelser



Øget kompleksitet

På tværs af ledere og medarbejdere fra kommuner og region er der enighed om, at målgruppen (børn og unge, som anbringes i forlængelse af ambulante forløb eller indlæggelse) er en særlig kompleks målgruppe, som kræver et tæt og koordineret samarbejde. Selvom målgruppen er lille, er der en klar opfattelse af, at alle gerne vil gøre deres ypperste for, at børnene og de unge får den rette hjælp i tide.

På trods af dette giver de fleste af de interviewede udtryk for, at samarbejdet om målgruppen er svært og ofte ikke lykkes godt nok. Der peges på forskellige årsager hertil, bl.a. manglende viden og forståelse for hinandens rammer og muligheder, tidspres, ressourceknaphed, manglende dialog, mangel på specialiserede tilbud mv. Derudover er børnene og familierne særligt pressede og hårdt ramte, hvilket kan gøre samarbejde ekstra vanskeligt, men også ekstra vigtigt.

Dataanalysen viser, at spredningen i diagnoser, blandt målgruppen, er stigende. Kommunerne oplever tilsvarende, at børn og unge, som udskrives fra døgnindlæggelser i psykiatrien, er mere komplekse og har større udfordringer end tidligere. I psykiatrien giver flere udtryk for at kunne kende billedet af, at målgruppen er blevet mere kompleks, og at særligt indlagte på døgnafsnittene er voldsomt udfordrede.

En medarbejder fra psykiatrien fortæller, at det tidligere var muligt at tage 10 børn fra det åbne døgnafsnit på tur i svømmehallen. I dag er det ikke muligt, og der er mange børn, der ikke kan komme ud af værelset. Det påpeges, at det både kan handle om øget kompleksitet hos målgruppen, nye kommunikationsformer blandt børn og unge, men også at der er en anden måde at arbejde på i psykiatrien, som skaber forandringen. I psykiatrien oplever nogle ligeledes, at børnene, med de meget komplekse udfordringer, er blevet yngre end tidligere, f.eks. børn med spiseforstyrrelser og selvskade ses nu ned til 10-12 år. Af datamaterialet ses det ikke, at der er en stigning i antallet af børn og unge ned til 10-12 år. Tværtimod ses en stigning blandt børn og unge i alderen 13-18 år. Til trods for dette, kan det dog være tilfældet, at enkelte grupper (fx bestemte diagnoser) er blevet yngre.

Nedenfor følger en databaseret karakteristik af de børn og unge (55 i alt), der i 2022, forud for deres anbringelse, var i kontakt med psykiatrien. Der ses i den forbindelse på alderssammensætning, diagnoser, kønsfordeling og geografisk placering af den efterfølgende anbringelse.



Aldersprofilen for ny anbragte med psykiatrikontakt i 2022

A2 – Børn og unge der har psykiatrikontakt umiddelbart før de anbringes

Det er særligt de 13-17 årige, der fylder, når der opstartes nye anbringelsesforløb i København og Frederiksberg. I 2022 udgjorde denne aldersgruppe ca. 70%. En tendens, der går igen på landsplan.

Fra et kommunalt perspektiv har ca. 30% af alle nye anbringelser, blandt de 13-17-årige, en forudgående kontakt til psykiatrien. Tilsvarende gælder dette blot for 8% af børn i alderen 0-12 år.

Teenagerkategorien udgør ligeledes langt den største del af tilfældene, når der ses på gruppen fra psykiatriens perspektiv. 89% af de, der er i kontakt med psykiatrien, og hvor der indenfor 4 måneder opstartes et anbringelsesforløb, er i alderen 13-17 år. De resterende 11% er børn under 12

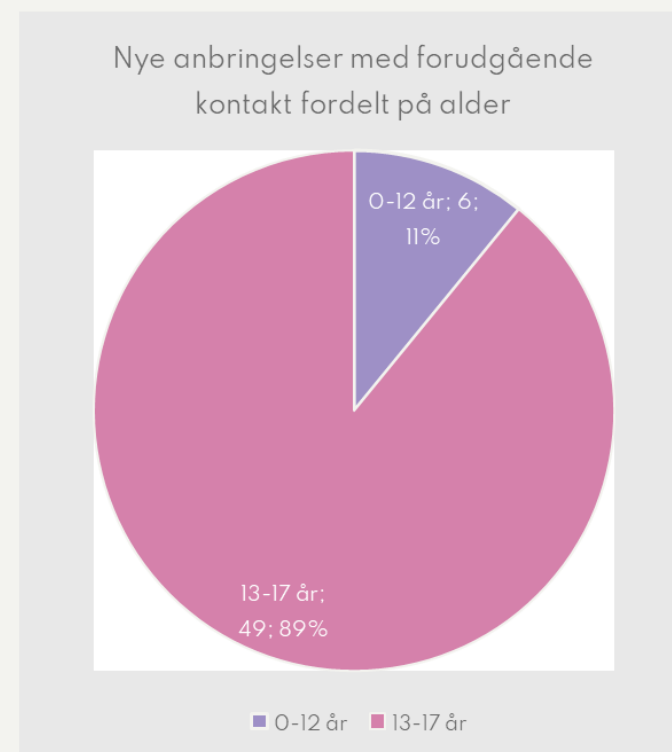
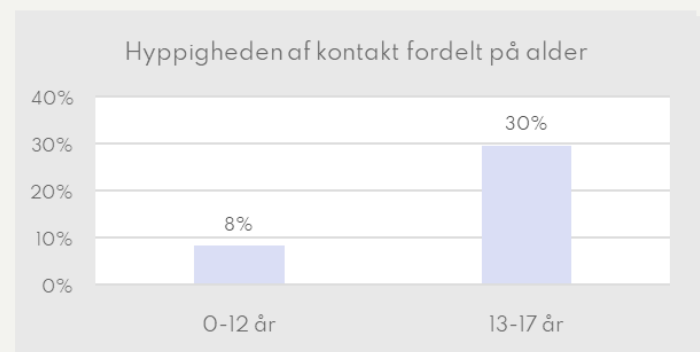
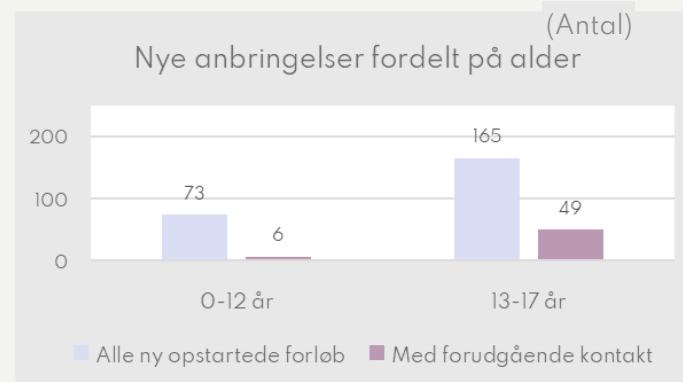
Der er dermed overensstemmelse mellem aldersprofilen på tværs af kommune og region: Psykiatrikontakt forud for anbringelse er langt mere udbredt blandt teenagere end yngre børn. En tendens der er forstærket de seneste år, da stigningen i målgruppen generelt især ses blandt teenagere



Nye anbringelser
238

23%

Nye anbringelser med psykiatrikontakt
55



Kønsprofilen for ny anbragte med psykiatrikontakt i 2022

A2 – Børn og unge der har psykiatrikontakt umiddelbart før, de anbringes

Drenge fylder relativt mest (56%), når der opstartes nye anbringelsesforløb i København og Frederiksberg.

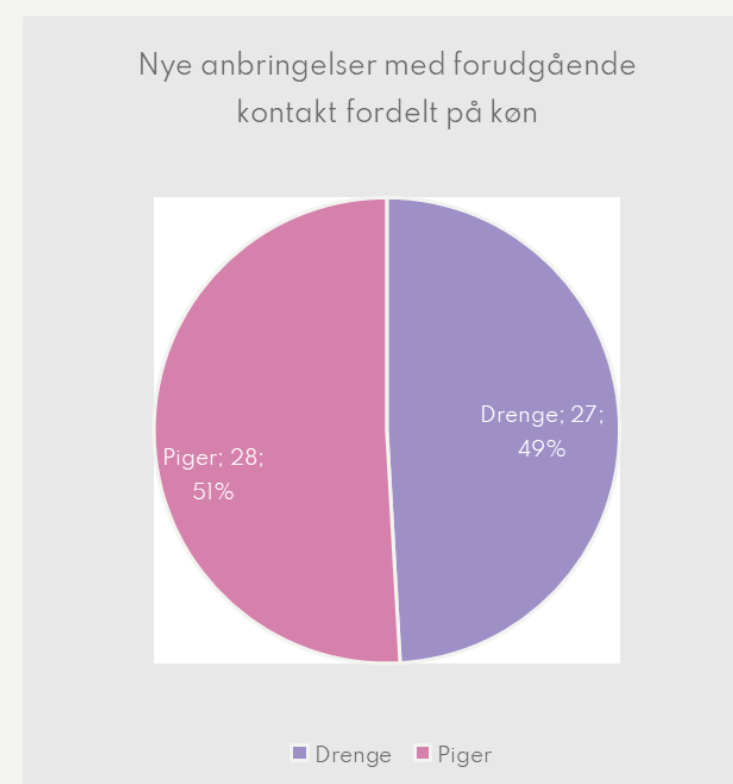
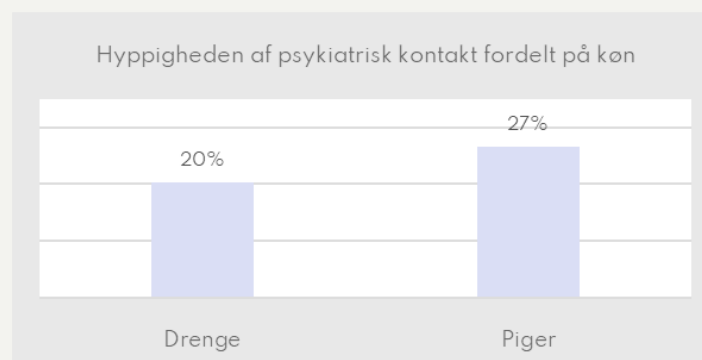
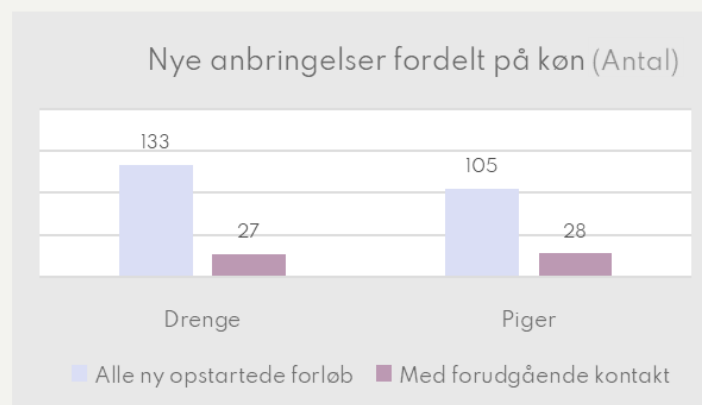
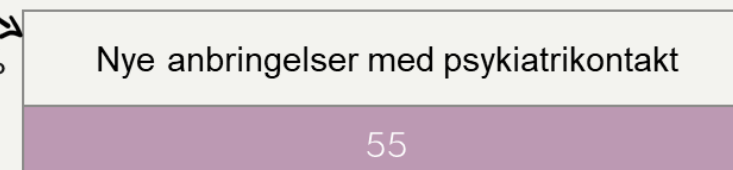
Fra et kommunalt perspektiv, ses det dog, at hyppigheden af psykiatrikontakt, blandt de nyopstartede anbringelsesforløb, er lidt større blandt piger.

Der er således en lidt større andel af pigerne, der har kontakt til psykiatrien forud for anbringelse – mere præcist er der i 27% af tilfældene, hvor en pige anbringes, forudgående psykiatrikontakt, mens dette blot er tilfældet i hver femte forløb blandt drenge. Samme tendens ses på landsplan.

Fra psykiatriens perspektiv er kønsfordeling blandt de forløb, der ender i anbringelse, ligelig fordelt.



23%



Anbringelsernes geografiske beliggenhed

A2 – Børn og unge der har psykiatrikontakt umiddelbart før de anbringes

I ca. to tredjedel af alle ny-anbringelser i København/Frederiksberg anbringes barnet/den unge i tilbud, der geografisk er placeret i København/Frederiksberg.

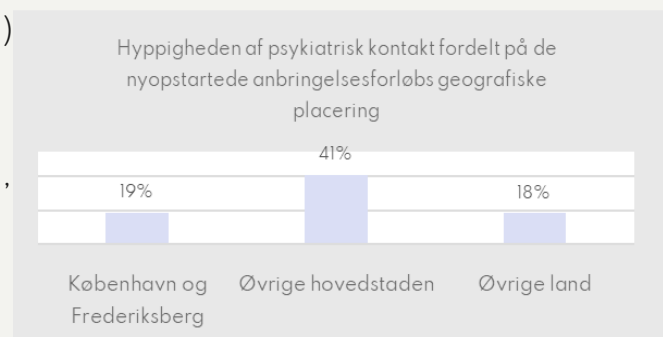
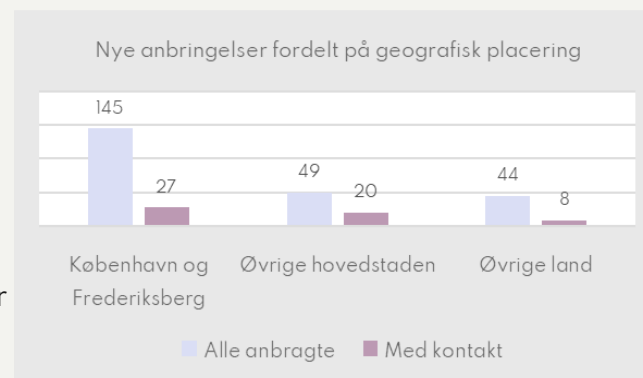
Hyppigheden, af forudgående psykiatrikontakt, er dog i et kommunalt perspektiv størst i de tilfælde, hvor barnet anbringes i den øvrige hovedstad. Her har 41% af forløbene psykiatrikontakt. Dette er højst sandsynligt påvirket af, at Københavns Kommune har særligt specialiserede institutioner beliggende i den øvrige hovedstad.

Selvom flest børn og unge anbringes i foranstaltninger, der geografisk ligger i København/Frederiksberg, er det kun lidt under hver femte af disse forløb, hvor der er forudgående psykiatrikontakt. Ca. samme hyppighed (18%) ses blandt de børn og unge, der anbringes uden for hovedstaden (Øvrige land).

Fra psykiatriperspektivet, er fordelingen noget anderledes, idet ca. halvdelen, af dem som de har kontakt med forud for en anbringelse, anbringes i København/Frederiksberg. Lidt over en tredjedel anbringes i den øvrige hovedstad, mens blot 15% anbringes udenfor hovedstaden. Denne gruppe, 8 i alt, er interessant i den forstand, at de med anbringelsen flytter til en anden region, hvorved behandlingsansvaret flytter med.

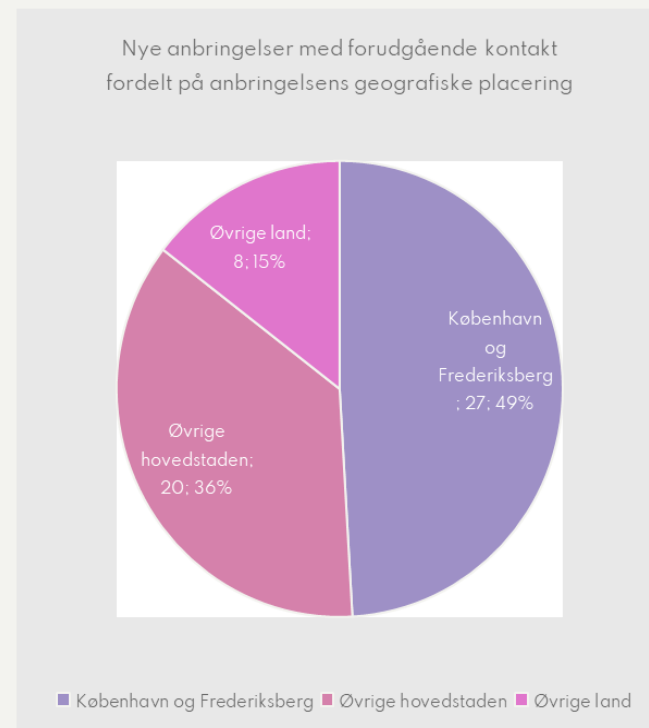


Nye anbringelser
238



23%

Nye anbringelser med psykiatrikontakt
55



Diagnosebilledet for målgruppen

A2 – Børn og unge der har psykiatrikontakt umiddelbart før de anbringes

Den øverste tabel viser udviklingen i aktionsdiagnoser registret i forbindelse med den forudgående psykiatrikontakt inden barnet/ den unge efterfølgende blev anbragt. Da den enkelte person kan have flere diagnoser samtidigt, er der flere diagnoseregistreringer det enkelte år end der er nyanbragte med kontakt.

Antallet af registrerede diagnoser varierer over årene og data-brud i 2018 og 2019 kan udfordre sammenligneligheden. De seneste tre år, er tendensen dog, at antallet af registrerede diagnoser blandt de nyanbragte stiger. Dette skal ses i sammenhæng med at antallet af nyanbragte med forudgående kontakt er steget (38%) i samme periode.

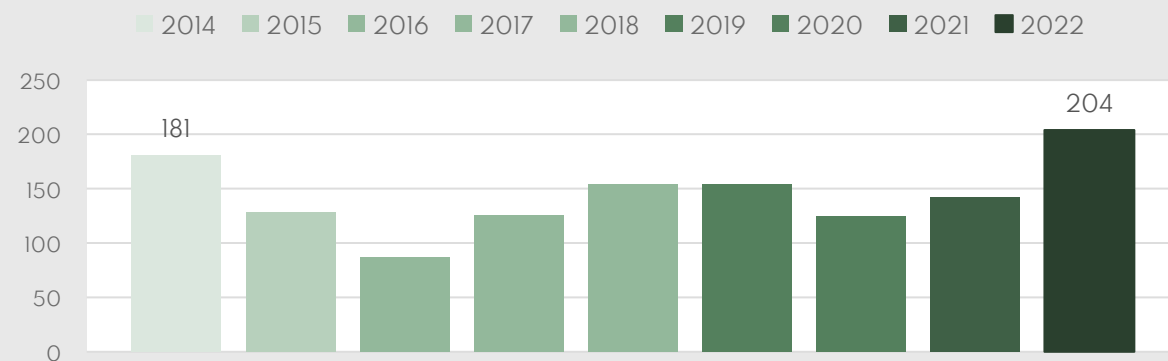
ADHD, autismespektrumforstyrrelser og depression fylder særligt meget blandt de nyanbragte med forudgående psykiatrikontakt.

Samtidigt viser data, at børnenes/de unges diagnoser fordeler sig over mange forskellige diagnosetyper. De 5 hyppigst forekomne diagnoser udgør faktisk blot halvdelen af de diagnoser, som målgruppen er registreret med. De øvrige er fordelt over 43 andre forskellige diagnoser med ofte meget få observationer.

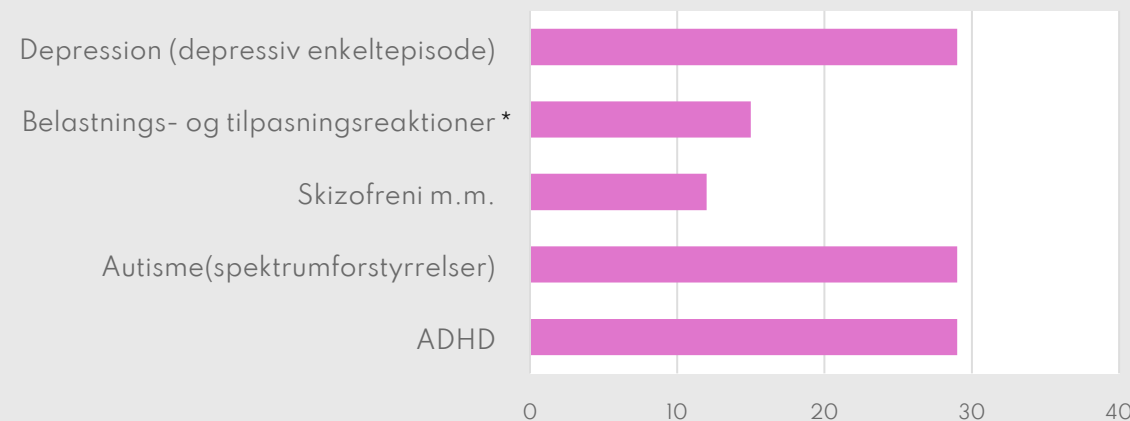
Ses der specifikt på diagnosebilledet blandt de, der er indlagt forud for opstarten af anbringelsen, er det særligt autismespektrumforstyrrelse, depression og skizofreni, der diagnosemæssigt fylder mest.



Antal registrerede diagnoser blandt ny anbragte med forudgående psykiatrikontakt



Hyppigste diagnoser (antal) blandt de ny-anbragte med forudgående psykiatrikontakt i 2022



*Belastnings- og tilpasningsreaktioner (herunder både akutte, fx "stress" og kronisk fx PTSD)

Diagnosebilledet - Nyopstartede anbringelser

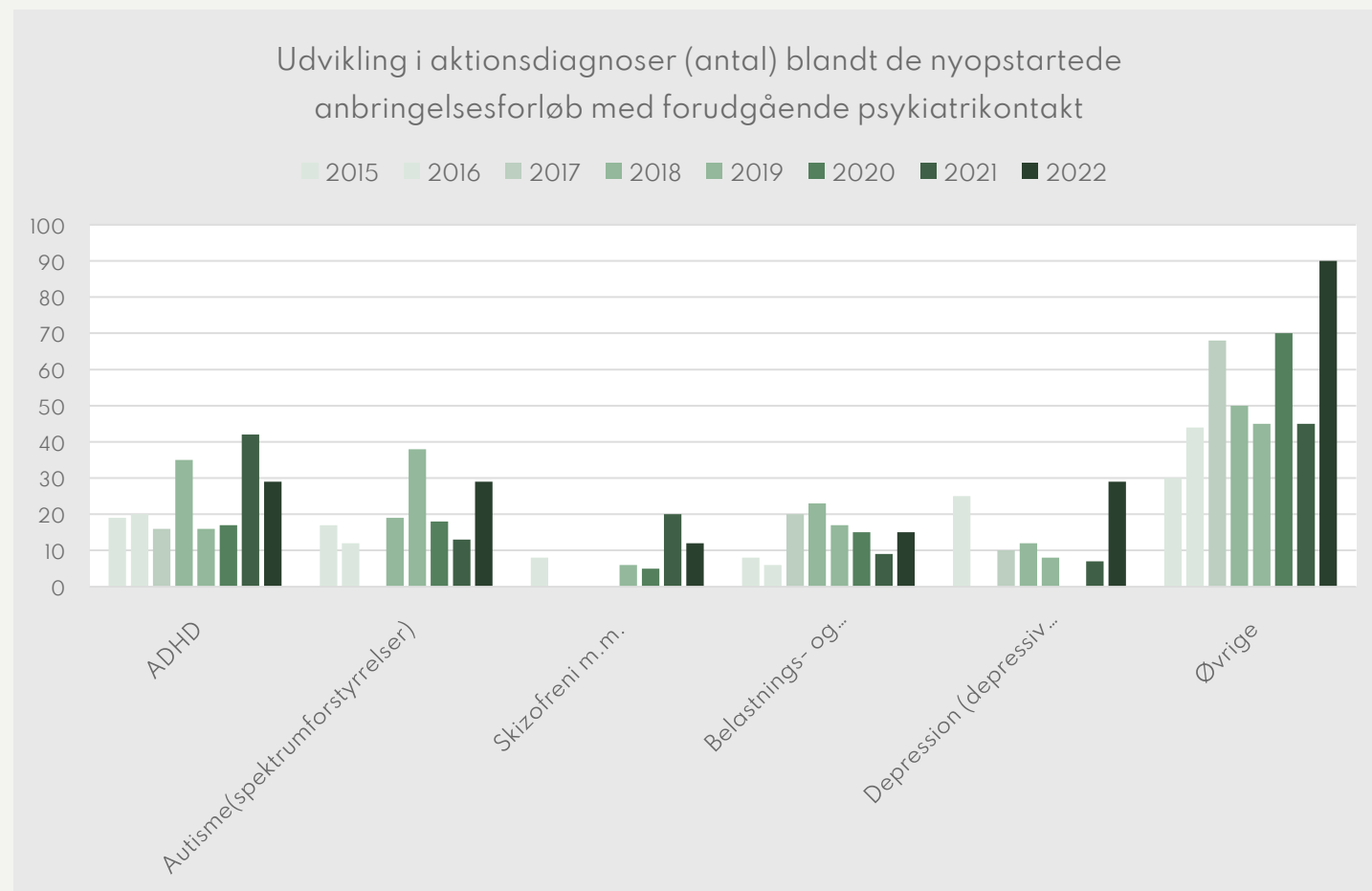
Den enkelte diagnoses hyppighed, blandt de ny-anbragte, svinger over årene, hvilket til dels må tilskrives, at opgørelsen dækker over et relativt begrænset antal børn og unge.

Det er dog værd at bemærke udviklingen i kategorien øvrige, der dækker over de resterende 43 enkeltdiagnoser, som målgruppen er registreret med i forbindelse med kontakten til psykiatrien. Dette drejer sig primært om forskellige F-diagnoseundergrupper. Opgørelsen indeholder dertil et meget begrænset antal Z-diagnoser (ca. 20 registreringer i 2022 ud af de 204).

Det er ikke muligt at sige noget om udviklingen i antallet af diagnoser pr. person. Men sammenholdes stigningen i kategorien Øvrige med udviklingen i målgruppens størrelse generelt, ses der en tendens til, at spredningen i diagnoser blandt de nyanbragte er blevet større/mere detaljeret.



Der ses dermed et potentielt mere kompliceret, varierende og fragmenteret diagnosebillede på tværs af målgruppen.



En ændret og anderledes målgruppe

Af datamaterialet ses det, at antallet af diagnoser blandt børn og unge, der anbringes i forlængelse af at være indlagte i psykiatrien, er steget i de seneste år. Videre ses det, at diagnoserne blandt målgruppen er spredt ud på mange forskellige diagnoser, og at ADHD, autisme og depression udgør de største kategorier. Som det fremgår af side 22, er det dog bemærkelsesværdigt, at kategorien øvrige, som dækker over en række enkeltdiagnoser, er steget kraftigt.

Den ovenstående analyse illustrer, at der er kan være forskellige perspektiver på målgruppen og opfattelse af hyppighed, afhængigt af om målgruppen ses fra et kommunalt eller et regions perspektiv.

Af interviewene er der ligeledes en opfattelse af, at målgruppen, som anbringes i forlængelse af en indlæggelse, er en ny målgruppe af børn og unge i forhold til den målgruppe, som kommunerne plejer at anbringe udenfor hjemmet. Det fremhæves, at den nye målgruppe stiller nogle andre krav til sagsbehandlingen og samarbejdet.

En kommunal leder siger; "*Det er forældre, der ikke tør stå med opgaven – det er en anden gruppe børn end dem, vi almindeligvis anbringer.*". Videre fremhæves, at forældrene ofte er ressourcepersoner, og at det derfor kan være en svær proces at komme frem til, at barnet skal anbringes udenfor hjemmet. Mange forældre er derfor krisepåvirkede på tidspunktet for indlæggelsen og anbringelsen, og det er kommunernes erfaring, at denne proces derfor ikke må blive forhastet – der skal være tid og plads til de nødvendige dialoger med barn og forældre. Flere forældre vil gerne have, at barnet kan anbringes i nærheden, så det er muligt at bevare den tætte kontakt. Dette er en udfordring, da der er begrænset antal specialiserede pladser i københavnsområdet.



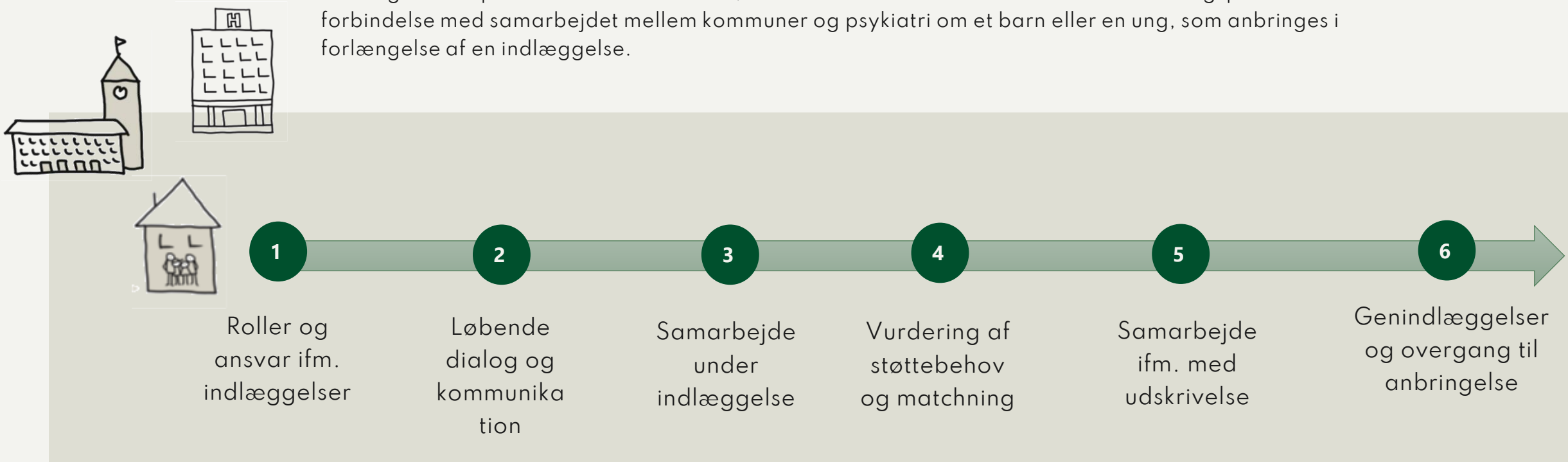
Tema 2 – samarbejdet om sagsforløb

I det følgende kapitel sammenfattes oplevelser af samarbejdet om sagsforløb mellem region og kommuner



Samarbejdet i forbindelse med indlæggelsesforløb

Det følgende kapitel er inddelt i 6 temaer, som fra interviewene ses som centrale nedslagspunkter i forbindelse med samarbejdet mellem kommuner og psykiatri om et barn eller en ung, som anbringes i forlængelse af en indlæggelse.



Roller og opgaver i samarbejdet om børn og unge, der anbringes i forlængelse af en indlæggelse

Psykiatrien fortæller, at deres primære opgave, når et barn eller ung er indlagt på døgnafsnit, er at stabilisere, udrede og beskrive barnets støttebehov. Herved oplever de, at de giver kommunerne de bedste forudsætninger for at træffe beslutninger om indsats er til barnet og familien og derigennem hjælpe barnet og familien bedst videre. Når et barn/den unge skal anbringes i forlængelse af en indlæggelse, forsøger psykiatrien ligeledes at give personalet på anbringelsesstederne de relevante oplysninger, så de er klædt på til opgaven og mødet med barnet/den unge.

Medarbejdere fra kommunen beskriver deres opgave, i forlængelse af en døgnindlæggelse, som en socialpædagogisk og socialpsykologisk "genoptræning". Opgaven er at sikre en god tilbagevenden til almenområdet og at tilbyde de rette indsatser, så børnene/de unge kan vende tilbage til en mere almindelig hverdag. En medarbejder fra en kommune siger; *"Vi skal holde dem oppe, når psykiatrien slipper og vi skal overtage"*. Videre forklares, at forløbet omkring et barn eller en ung lykkes bedst, når psykiatrien holder fast, indtil kommunen er klar til at tage over. *"Det kræver at vi både kan være hurtige, men grundige på samme tid."*

En forudsætning, for at forløbet bliver godt for barnet/den unge, er ifølge kommunerne, at psykiatrien ikke har ventelister, der gør, at de presser på for at udskrive, at kommunen har den rette dokumentation til at træffe en beslutning, og at der er fundet et anbringelsessted, som er klar til at tage imod barnet/den unge. I forløb, hvor disse kriterier opfyldes, bliver det nemlig muligt at planlægge gode overgange, hvor barnet/den unge besøger stedet under indlæggelsen, ligesom anbringelsesstedet kan besøge barnet/den unge på døgnafsnittet.

At lykkes med de gode forløb stiller store krav til de to (til tider) meget opdelte systemer om at arbejde koordineret og samstemt. En leder fra en kommune understreger, at det er en svær opgave at lykkes med men samtidig en opgave, som alle gerne vil lykkes godt med.



Den løbende dialog er fundamentet for det gode samarbejde

På tværs af interviewene fremhæves det, at det gode samarbejde om et barn eller en ung opstår, når der tidligt i forløbet etableres kontakt, og når samarbejdet og kommunikationen fortsætter hyppigt og løbende undervejs i forløbet. Der er bred enighed blandt kommuner og region om, at når der er løbende kommunikation, er det i højere grad muligt at lægge fælles planer og have dialoger om støttebehovet. Det fremhæves, at det gode samarbejde opstår, når der er tillid, og når der arbejdes parallelt og koordineret på tværs af kommunen og region.

Modsat understreges det, af både psykiatri og kommuner, at når der ikke er hyppig dialog, bliver det svært at samarbejde og arbejde efter en fælles plan. Hvis psykiatrien eksempelvis orienterer, sent i en indlæggelse, om et massivt støttebehov og om en snarlig udskrivelse, bliver det svært for kommunen at blive klar med relevante indsatser ved udskrivelse. På samme måde er det svært for psykiatrien at understøtte kommunens plan, hvis de ikke har tilstrækkelig viden om den.

Det fremhæves, at dialogen og samarbejdet udfordres, når der ikke er enighed om støttebehov. Psykiatrien oplever, at de ofte beskriver et mere indgribende støttebehov, end kommunerne vurderer, at der er behov for. I kommunerne tilkendegiver de dog, at de oftest synes de er enige med psykiatrien i vurdering af støttebehovet, når der er tale om børn og unge, som er døgnindlagte.

For at få etableret et samarbejde så tidligt som muligt, fortæller socialrådgiverne i Regionen, at de, ifølge deres arbejdsgange, fremsender en underretning til kommunen indenfor den første uge af en indlæggelse. Her orienteres om, at et barnet/den unge er blevet indlagt. I ugerne efter har socialrådgiverne en praksis for at tage kontakt til kommunen, for at få etableret et samarbejde – såfremt det ikke er etableret allerede. Psykiatrien fortæller i den forbindelse, at det kan være udfordrende at finde frem til konkrete kontaktoplysninger på den medarbejder i kommunen, som de skal have fat i. Hvis der endvidere sker et skift i socialrådgiveren, eller hvis et barns sag skifter afdeling (f.eks. fra Borgercenter børn og unge til Borgercenter Handicap), oplever de det særligt vanskeligt. Ikke mindst, fordi de sjældent oplever at blive orienteret om disse skift.

Kommunerne kan ligeledes have oplevelsen af at stå overfor et til tider uigennemsigtigt system. Også her kan der opstå usikkerhed om, hvor præcist i psykiatrien barnet/den unge er tilknyttet. En til tider tidskrævende proces, der forstærkes af, at der blot er givet kontaktoplysninger til en fælles indgang.

KOMPONENT



Tværfaglige møder under en indlæggelsen er en mulighed for at få løbende indsigt i barnets forløb – men der er forskellig praksis

Når et barn eller en ung er indlagt i psykiatrien inviterer psykiatrien til et eller flere netværksmøder. På netværksmøder drøftes ressourcer, udfordringer og udviklingsmuligheder. Netværksmødet fremhæves som centralt for samarbejdet, da kommunen får viden om psykiatriens vurderinger og får en pejling af hvilke støttebehov, der ses. En medarbejder fra en kommune nævner, at netværksmøderne fungerer bedre end tidligere, idet der er mere dialog nu og mindre "oplæsning" af barnets udfordringer.

Af interviews med psykiatrien fremgår det dog, at det i praksis er forskelligt, hvornår i indlæggelsesforløbet netværksmødet afholdes. På nogle døgnafsnit er netværksmødet allerede i uge 2 af en indlæggelse, mens det på andre døgnafsnit først afholdes netværksmøder omkring uge 9-10. Tidspunktet for afholdelse af netværksmødet er afhængig af forventet indlæggelsestid og af om der som led i indlæggelse sker en udredning. I regionens beskrivelse af det arketypiske forløb afholdes netværksmødet i uge 5 af en indlæggelse. I kommunerne er der en oplevelse af, at netværksmøderne ofte ligger sent i forløbet og alt for tæt på udskrivelsen - en stor udfordring, når der skal findes et anbringelsessted i forlængelse af indlæggelsen.

I kommunerne fremhæves, at det kan være hensigtsmæssigt med et tværfagligt arbejds møde uden forældre som forberedelse til netværksmøderne. På sådanne møder er det muligt at drøfte støttebehovet og løsninger mere konkret. Når der ikke har været en faglig drøftelse forud for mødet og en mere "fri" snak, som en af interviewpersoner omtaler det som, kan der opstå noget pseudo-snak og kodesprog på netværksmøderne, som forældrene ikke kan forstå. At der opstår pseudo-snak forklares med, at psykiatrien ikke må udtale sig om behovet for konkrete indsatser hos et barn eller en ung, og derfor beskriver støttebehovet på en måde, så kommunen kan høre, at der er tale om en anbringelse. En anden medarbejder fra en kommune nævner, at nogle af netværksmøderne kan komme til at handle meget om sektoransvar og hvem der har ansvar for hvad, fremfor at handle om en fælles plan. Dette er ikke hensigtsmæssigt at forældre er en del af.

Netværksmøderne fungerer godt, når der kan lægges en fælles plan og når møderne fører til handlinger

Omkring netværksmøderne fortæller ledere i kommunerne, at flere medarbejdere synes, netværksmøderne er svære at deltage i, da der kan være en forventning om, at rådgiveren kan redegøre for, hvad kommunen vil gøre. En medarbejder fra kommunen siger; *"Der kan være mange rundt om bordet, der har en mening om, hvad der er det rigtige at gøre"*. Psykiatere og overlæger fylder meget på netværksmøderne og kan have stærke holdninger til, hvad der er behov for – også uden nødvendigvis at have et opdateret billede af de faktiske foranstaltningsmuligheder. Deres ord vejer i den forbindelse meget tungt ift. forældrene, og som en leder i en kommune siger; *"Er der først en læge, der har sagt til forældrene, at det kan ikke klare selv, så er der skabt forventninger/frygt hos forældre"*.

Nogle af de kommunale ledere fortæller, at de forsøger at prioritere, at der deltager to medarbejdere på møderne, og at der som udgangspunkt forsøges kontakt til socialrådgiveren i regionen inden mødet, så medarbejderne kan være lidt forberedte på, hvad psykiatrien vil sige på mødet. Det fremhæves videre, at samarbejdet fungerer bedre, når det går igennem socialrådgiveren i regionen, da de kender til kommunernes rammer og muligheder. På samme tid kan det være udfordrende, at socialrådgiveren i regionen på denne måde bliver et "indskudt led".

Der er enighed om, på tværs af region og kommune, at de gode netværksmøder er indkaldt i god tid, har en tydelig tovholder og struktur, så alle, og ikke mindst forældrene, kommer til orde. Det er ligeledes vigtigt, at der på mødet laves en klar plan og aftaler for, hvem der gør hvad, samt at alle bliver på egen banehalvdel. Om de mindre gode møder siger psykiatrien bl.a.: *"Når en sagsbehandler kommer til netværksmødet og siger, at de bare er med på en lytter"*. Udfordringen med det er ifølge psykiatrien, at der på tidspunktet for mødet er behov for, at der sættes handlinger i gang, da barnet/den unge oftest er tæt på en udskrivelse. Der skabes derfor ofte frustration både hos forældre og i psykiatrien, hvis de sidder tilbage med en oplevelse af, at rådgiveren ikke er engageret og tager ansvar for processen. I den sammenhæng nævner psykiatrien, at de til tider oplever, at den børnefaglige undersøgelse først startes op efter netværksmødet, hvilket de undrer sig over, da børn og unge, som er døgnindlagte, typisk har et massivt behov for støtte. De kan derfor sidde med en oplevelse af, at indlæggelsen fra kommunens side kan opleves som "et pusterum", hvor behovet for at agere med det samme er mindre present. I kommunerne anerkender lederne, at der kan være sagsforløb, hvor kommunen kan være mere proaktive, når et barn indlægges, og at den børnefaglige undersøgelse i nogle tilfælde skal igangsættes tidligere.

KOMPONENT



Løbende møder fremmer samarbejdet, men der bør være lige muligheder for at invitere og samme forpligtelse til at deltage

Både kommuner og Region oplever det hensigtsmæssigt med løbende møder, hvilket også fremhæves i samarbejdsaftalen som hensigtsmæssigt. En kommunal leder efterspørger i den forbindelse en mulighed for at kommunen også kan invitere til netværksmøder med kort varsel, og herunder at regionen, på samme måde som kommunerne, er forpligtede til at deltage med kort varsel (5 dage).

I regionen giver flere dog udtryk for, at det er meget sjældent, de oplever, at kommunerne tager initiativ til ekstra møder omkring et barn/den unge, men at de oplever at de forsøger at imødekomme behovet, hvis det efterspørges af kommunen.

Af samarbejdsaftalen fremgår, at psykiatrien i tilfælde hvor en udskrivelse er betinget af kommunale indsatser, kan tage initiativ til netværksmødet, men at begge parter er forpligtede til at finde et mødetidspunkt indenfor 5 dage. Af samarbejdsaftalen ses der således en gensidig forpligtelse til at finde et mødetidspunkt indenfor 5 dage, dog på psykiatriens initiativ.

I Psykiatrien fortæller de, at de inviterer rådgivere fra kommunen med til familiemøder/teammøder, som er faste møder hver 14 . dag, hvor psykiatrien mødes med forældre. Psykiatrien oplever, at det fungerer godt, når rådgiver indimellem er med på disse møder undervejs i en indlæggelse. Det virker til, at kun få af de interviewede i kommunerne har erfaring med at deltage på denne typer møder, men dem, der har deltaget, oplevede det som positivt for samarbejdet.

Forskellige tidsperspektiver udfordrer samarbejdet

Af arketyperne fra psykiatrien ses det, at indlæggelsesforløb varer ca. 8 uger. I interviewene fremgår det, at der er stor forskel på, hvor lang indlæggelsesperioden i praksis er for denne gruppe. Nogle døgnafsnit tilstræber en indlæggelsesperiode på 4-6 uger, mens andre taler om 8-12 uger. Der er således stor forskel fra afsnit til afsnit, hvilken indlæggelsestid der stræbes efter, ligesom der fortælles som indlæggelser, som varer op mod et år. Indlæggelsestiden er derfor varierende, og kommunerne oplever på den ene side, at psykiatrien er villig til at lade børnene/de unge være indlagte længere tid, hvis de ved, at kommunen er i gang med at finde en egnet placering. Andre gange er det erfaringen, at psykiatrien med kort varsel oplyser, at de udskriver et barn/ung, da der er pres på pladserne på afdelingen. Ifølge kommunerne er det ikke altid til at gennemskue, hvornår der er villighed til, at lade barnet/den unge forblive indlagt, og hvornår der udskrives med kort varsel.

I kommunernes arketypebeskrivelser er tidsperspektivet ikke beskrevet på samme måde, som er tilfældet i regionen. Der er derimod beskrevet, hvordan afsluttende netværksmøder ofte ligger kort før udskrivelse, og at det udfordrer muligheden for at foretage den relevante sagsbehandling og visitation, inden barnet vurderes klar til at blive udskrevet. I den kommunale praksis skal der, i et typisk sagsforløb, udarbejdes en børnefaglige undersøgelse, afklares om anbringelsen kan ske med samtykke fra forældre og den unge og dernæst findes egnet anbringelsessted, noget der ofte har et noget længere tidsperspektiv end, hvad der arbejdes med i regionen.

Flere fra kommunerne fremhæver i denne sammenhæng behovet for at være ekstra grundige i sagsbehandlingen. En medarbejder fra en kommune siger; *"Vi skal stå på mål for, at vi træffer en afgørelse om noget så indgribende som en anbringelse udenfor hjemmet."* Videre fremhæves, at der også er behov for, at forældrene er med i processen, og at det i nogle tilfælde kan kræve tid for at få forældrene med på en anbringelse. At der i psykiatrien arbejdes med et ideelt tidsperspektiv på 6-8 uger, ses derfor svært foreneligt med den kommunale praksis, og det fremgår da også af interviewene, at det sjældent lykkes at gennemføre processen på så kort tid.



Dokumentation er vigtigt for sagsbehandlingen – men den kan være længe undervejs

Under en indlæggelse og i forbindelse med psykiatriske udredninger har psykiatrien til opgave at udrede, diagnosticere og behandle barnet, og kommunen har til opgave at vurdere behovet for indsatser i forhold til barnet og familien. For at opgavevaretagelsen og samarbejdet foregår så effektivt og smidigt som muligt, er der centralt at oplysninger mellem sektorerne deles. Kommunerne oplyser i den sammenhæng, at de efterspørger meget dokumentation for at kunne undersøge, om der er et anbringelsesgrundlag, og at de også efterspørger miljøbeskrivelser af samspil, hvis forældre har været medindlagte. Kommunen oplyser videre, at de ofte venter med at afslutte den børnefaglige undersøgelse til de har modtaget erklæringen fra psykiatrien. En medarbejder fra en kommune siger; *"De vil ikke lave deres erklæring færdig, før vi har afsluttet den børnefaglige undersøgelse, da de har brug for oplysningerne, og vi kan ikke lave vores undersøgelse færdig uden erklæringen"*.

At der er behov for at få oplysningerne på skrift fra psykiatrien, kan være særligt væsentligt, hvis psykiatrien peger på behandling 24 timer i døgnet, men hvor forældrene ikke ønsker en anbringelse. Det oplyses videre, at det er væsentligt at have erklæringen, når der skal findes egnet anbringelsessted.

I psykiatrien siger en leder; *"Nogle gange bliver vi mødt af, at kommuner ikke reagerer, før vi har sendt de kliniske notater. De får mange opringninger, men dem tager de ikke seriøst – de skal have det på skrift."* Andre i psykiatrien tilkendegiver ligeledes, at de ikke forstår, at kommunerne ikke kan anvende de oplysninger, som er givet mundtligt, hvor funktionsniveauet er beskrevet, fremfor at de afventer den endelige erklæring med diagnose osv.

Det er tydeligt af ovenstående, at manglende viden, om hinandens arbejdsmetoder og rammer, gør at samarbejdet bliver mindre effektivt og mister fokus på at understøtte hinanden i at lykkes med den samlede plan.

Børnenes behov for specialiserede tilbud er der enighed om – men uenighed om hvordan rammer skal være

I forbindelse med indlæggelsen, og i samarbejdet frem mod udskrivelsen, er der dialog mellem psykiatri og kommune om barnets funktionsniveau, og behovet for indsatser, som følge heraf. Der er enighed om, at psykiatrien skal beskrive funktionsniveau og støttebehov for behandling men ikke pege konkret på indsatser eller konkrete steder, da dette er kommunens kompetence.

I interview med psykiatrien fortælles, at de ofte oplever, at de peger på behov for mere indgribende indsatser, end hvad kommunerne vurderer. Der oplyses videre, at der er en oplevelse af, at kommunerne altid vil prøve mindst indgribende indsatser først. En leder i psykiatrien siger; *"Det er salamimetoden i kommunerne. Vi tænker, at der er behov for intensive indsatser og ikke fx 2 timers kontaktperson – alternativet er jo, at de bliver indlagt i lang tid, fordi kommunerne prøver salamimetoden - Kommunerne starter for lavt."* En anden i psykiatrien nævner, at det måske også handler om økonomi i kommunerne, at de vil prøve billigere tilbud først.

I kommunerne har de en oplevelse af, at de oftest er enige med psykiatrien omkring behovet for anbringelser, når der er tale om børn og unge, som er indlagte i psykiatrien, da børnene og de unge er så hårdt ramte og med komplekse udfordringer. Der kan være situationer, hvor psykiatrien har peget på et behov for 24 timers behandling (anbringelse), men hvor forældre ikke har været klar til dette. I de situationer er kommunen gået imod psykiatriens anbefaling. I kommunerne er der dog ikke en oplevelse af, at der sker ofte i forhold til denne målgruppe.

I kommunerne er der dog en oplevelse af, at psykiatrien i nogle tilfælde peger på et behandlingsbehov, som er svært at imødekomme udenfor psykiatriens rammer. Det kan eksempelvis være behovet for at skabe sikkerhed ved at kunne låse døre mv. Kommunerne har kun begrænsede muligheder for at anbringe på sikrede og delvist sikrede anbringelsessteder. Blandt personalet på døgninstitutioner nævnes ligeledes, at psykiatrien ikke har et realistisk syn på, hvad man kan på en døgninstitution. Flere af de kommunale medarbejdere peger på, at der er behov for at etablere en mellemstation mellem døgnafsnittene og anbringelsesstederne, da der aktuelt er et gab imellem de rammer, som er på et døgnafsnit og de rammer som er på anbringelsessteder.

I psykiatrien opleves imidlertid at de specialiserede steder findes, men at kommunerne gerne vil afprøve alternativer. Deres erfaring er at de alternative steder ikke kan løfte opgaven, hvilket de også tilkendegiver overfor kommunerne.



Der er fokus på hurtig udskrivelse i psykiatrien

Det er tydeligt på tværs af interviewene, at samarbejdet kan blive særligt udfordret i forbindelse med, at barnet eller den unge skal udskrives fra et psykiatrisk døgnafsnit. Ansvar flytter fra regionen til kommunerne, og der kan opstå uenigheder om hvornår barnet/den unge er "færdigbehandlet" og klar til at komme videre til et anbringelsessted.

I psykiatrien taler man om, at barnet/den unge er færdigbehandlet, når der ses en stabilisering, har været foretaget en udredning og evt. opstart af medicin. Det understreges, at børnene og de unge ikke er "raske", når de udskrives, men at det er vurderet, at deres funktionsniveau er øget til det maksimale, som kan lade sig gøre i et døgnafsnit. Behandlingen skal derfor evt. fortsætte i den ambulante psykiatri, samtidigt med at barnet/den unge overgår til kommunale indsatser. En medarbejder i psykiatrien siger f.eks.; *"I psykiatrien skal vi behandle, stabilisere og hjælpe dem med at vælge livet. Men det er udenfor afdelingen, at de får det godt."*

Det fremhæves i interviews med psykiatrien, at der er en stor opmærksomhed på, at børnene og de unge ikke er indlagte for længe og derved bliver fastholdt i psykiatrien. Det fremhæves, at psykiatrien ikke er et sted, man kan bo, og at døgnafsnitene ikke er en hjemlig ramme. Der er en erfaring for, at de unge påvirkes negativt af at være på et døgnafsnit i længere tid, idet de øvrige indlagte også er dårligt fungerende. Særligt opstår den uønskede påvirkning, når der kommer nye ind på døgnafsnitene, der i sigens natur ofte har store udfordringer, når de indlægges. På denne måde er der risiko for, at de indlagte påvirker hinanden uhensigtsmæssigt, hvis de forbliver indskrevet længere tid end højst nødvendigt. For nogle af de indlagte kan det være svært at give slip på rammerne i psykiatrien. Medarbejderne på afdelingerne har derfor stort fokus på, at der ikke dannes alt for tætte relationer til de indlagte, da det gør det sværere at få dem udskrevet igen. Af interviewene i psykiatrien er der således et meget stort fokus på, at indlæggelser ikke må blive langvarige, og at børnene/de unge skal udskrives, når de er stabiliseret.

Børnenes udfordringer opleves mere komplekse ved udskrivelse – og en tendens til flere genindlæggelser

I kommunerne oplever de ligeledes, at der er et stort pres på at udskrive børnene/de unge hurtigt fra døgnafsnittene. Ledere og medarbejdere giver udtryk for, at der er en oplevelse af, at patienterne udskrives tidligere, end hvad der har været tilfældet for år tilbage. Når der sker hurtigere udskrivelse, er oplevelsen, at børnene/de unges udfordringer er mere komplekse, når de overgår til kommunens tilbud. En interviewperson fra en kommunen siger; *"Vi skal lykkes med noget nu, som vi ikke skulle før, fordi de er dårligere, når de udskrives, og fordi presset for hurtighed er større"*. En anden medarbejder siger; *"Hvis det skal kunne lade sig gøre at modtage denne målgruppe, kræver det at vores døgninstitutioner ændrer målgruppe og bliver i stand til at håndtere denne målgruppe."*

Ligeledes er der en oplevelse af, at der ses flere genindlæggelser. I psykiatrien fremhæves det, at genindlæggelserne dels kan være et udtryk for, at børnene og de unge udskrives for tidligt og dels, at de udskrives til tilbud, som ikke er kvalificerede til at løfte opgaven. I kommunerne opleves overvejende, at genindlæggelserne sker fordi, børnene ikke er klar til at blive udskrevet.

Der er således en generel oplevelse af, at indlæggelsestiden er faldende – også for denne gruppe. Hvis man ser datamæssigt på udviklingen i indlæggelsestiden (se næste slide), bekræftes tendensen, idet der særligt ses en stigning i antallet af korte indlæggelser. På den anden side viser interviewene, at der er forskellige opfattelser af, hvad hyppige genindlæggelser er et udtryk for og derved også forskellige opfattelser af, hvad de skal til for at forebygge, at det sker. Data viser i denne sammenhæng at de ny 55 ny-anbragte med psykiatrikontakt i 2022 i gennemsnit havde 3,4 kontakter i løbet af de fire måneder forud for anbringelsen, mens gruppen i gennemsnit var indlagt 1,5 gange forud for anbringelsen

København	Frederiksberg	København og Frederiksberg		
Antal ambulante psykiatrikontakter pr. anbragt med ambulant kontakt	Antal ambulante psykiatrikontakter pr. anbragt med ambulant kontakt	Antal psykiatriske indlæggelser pr. anbragt med indlæggelse	Antal ambulante psykiatrikontakter i løbet af de fire måneder forud for anbringelsen	Antal psykiatriske indlæggelser i løbet af de fire måneder forud for anbringelsen
4,5	5,8	2,1	3,4	1,5



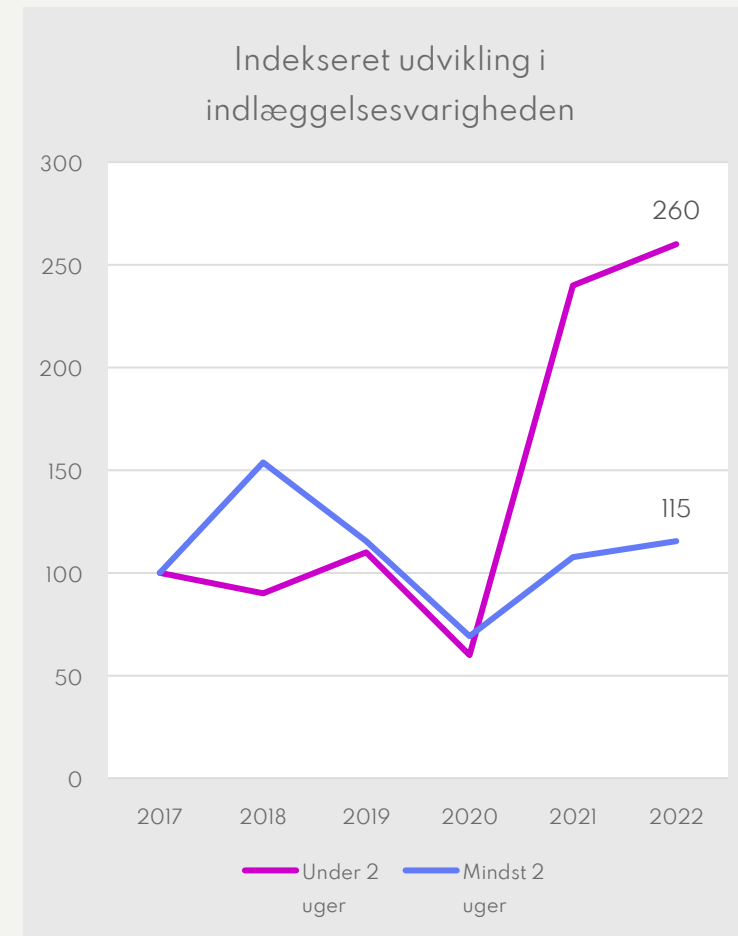
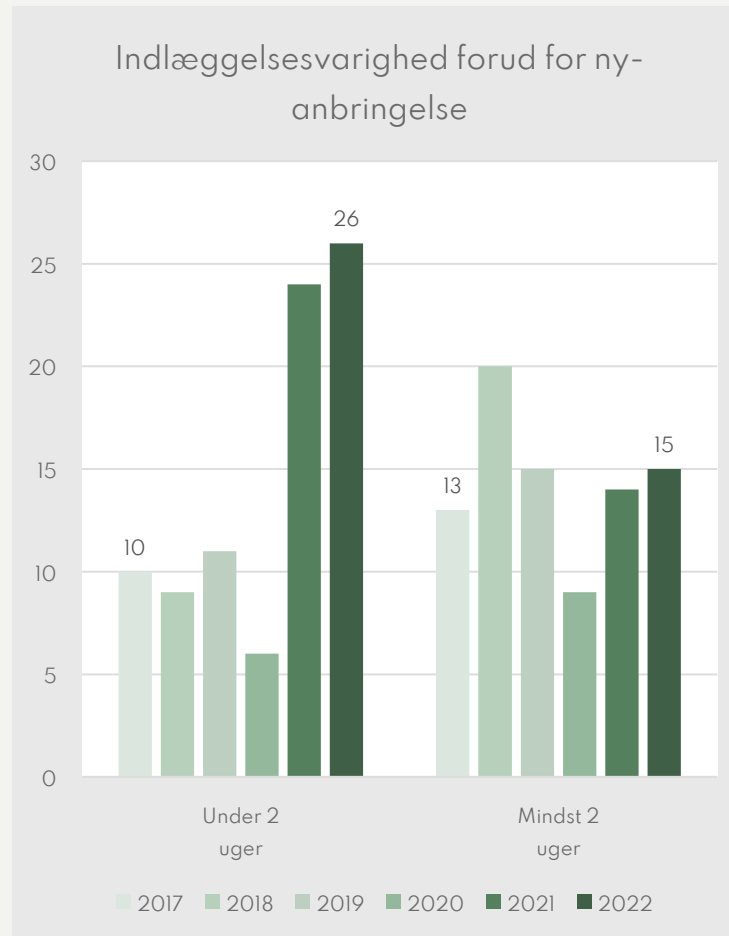
5

Indlæggelsesvarighed for nyopstartede anbringelsesforløb med forudgående indlæggelse - Frederiksberg og København (A2)

De 27 nyanbragte, der havde en psykiatrisk indlæggelse forud for anbringelsen, var, som beskrevet ovenfor, i gennemsnit indlagt 1,5 gange i løbet af de fire måneder (hvorfor der samlet set er flere enkeltindlæggelser end de 27).

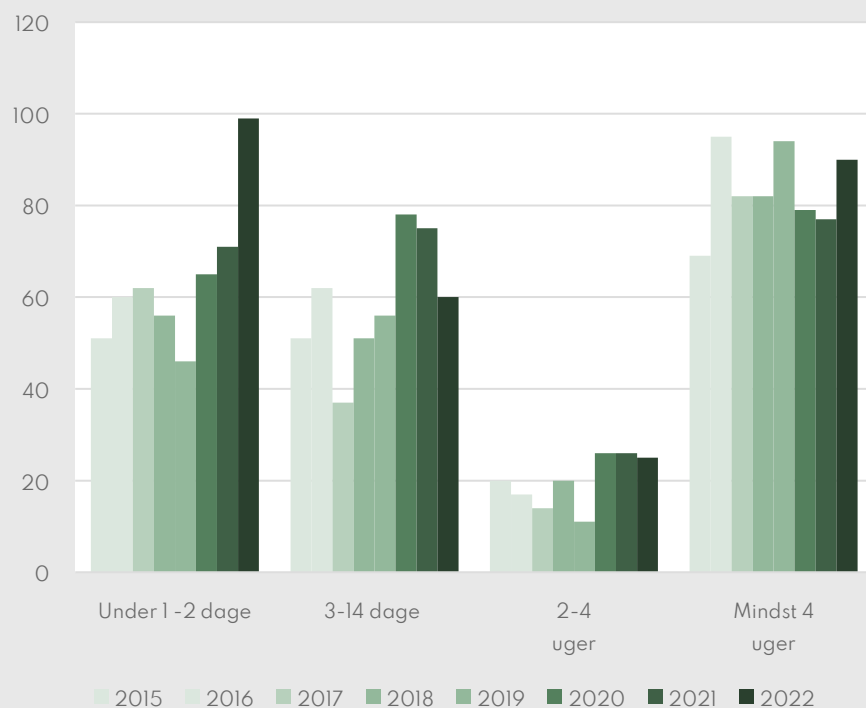
Når der ses på indlæggelsestiden, er tendensen utvetydig, antallet af korte indlæggelser er steget kraftigt de seneste to år. Om end der også ses en stigning i forløb over to uger, er der sket et skift over perioden (efter Covid-19 årene). De korte indlæggelser fylder nu relativt set mest. I 2022 udgjorde indlæggelser under 2 uger således over 60% af indlæggelserne.

Datagrundlagets størrelse begrænser muligheden for fintmaskede analyser af varigheden. Der skelnes derfor blot mellem indlæggelser under og over to uger. På følgende slides ses en mere detaljeret opgørelse af udviklingen i varighed på landsplan

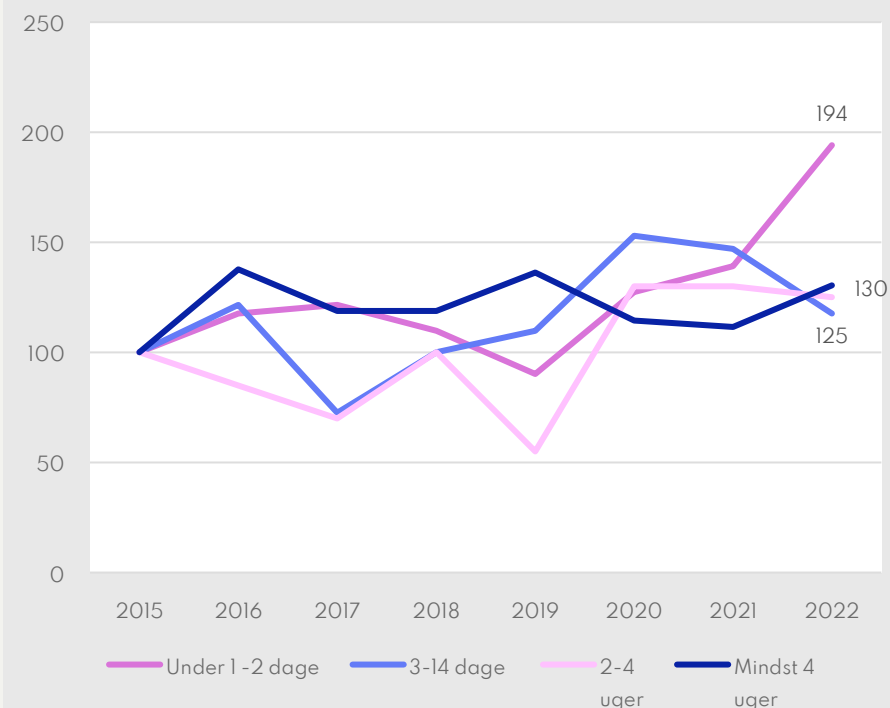


Indlæggelsesvarighed forud for anbringelse – Landsplan

Varighed af psykiatriske indlæggelser for anbragte med psykkontakt 4 måneder forud for det nyopstartede anbringelsesforløb på landsplan (kategorisk udvikling)



Varighed af psykiatriske indlæggelser for anbragte med psykkontakt 4 måneder forud for det nyopstartede anbringelsesforløb på landsplan (indekseret udvikling)



Den gode overgang indebærer overlappende indsatser i en periode efter udskrivelsen

På tværs af kommuner og regioner fremhæves, at den gode udslusning, fra en indlæggelse til anbringelse, indebærer, at der er et overlap i mellem stederne. Det vil sige, at anbringelsesstedet besøger barnet/den unge i psykiatrien og har dialog med de professionelle, samt at psykiatrien modsat følger barnet ud i anbringelsen ved at være i dialog med de professionelle og besøger barnet, når det er flyttet.

For at ovenstående kan lykkes, er det en forudsætning, at kommunen har et egnet anbringelsessted klar ved udskrivelsen, samt at udskrivelsen fra psykiatrien er planlagt og er velkoordineret med anbringelsesstedet. Både kommune og psykiatri oplever, at dette sker indimellem, og at udskrivelsen bliver bedst mulig på denne måde, men at det også i mange tilfælde er vanskeligt at få til at lykkes. Kommunerne kan opleve, at psykiatrien i nogle tilfælde kan lade barnet forblive indlagt, mens de i andre situationer kan opleve, at psykiatrien udskriver med kort varsel. En medarbejder fortæller om en erfaring, hvor et barn blev udskrevet til trods for en aftalt plan grundet manglende bemanding i psykiatrien.

Ved interview med medarbejdere fra døgninstitutionsområdet i Københavns kommune er det erfaringen, at udslusningen fra psykiatrien skal gå hurtigt, og at det er svært at sikre den tilstrækkelige overlevering. Konkret fortælles, at de oplever at mangle centrale dokumenter, som beskriver barnet/den unges støttebehov og behov for medicin, ligesom det ikke altid er muligt for psykiatrien at prioritere udskrivelsesmøder. Der kan opleves vanskeligheder med at få fat i den konkrete læge eller det ambulatorie, som skal fortsætte kontakten med barnet/den unge. I forhold til overgangen til ambulatorierne kan der opleves lang ventetid på at komme til. Det udgående døgninstitutionsteam fra psykiatrien (DIT-teamet) fremhæves som et relevant initiativ, som understøtter samarbejdet om målgruppen. Generelt fremhæves og efterspørges indsatser, som går på tværs af sektorer, så målgruppen oplever en helhedsorienteret og sammenhængende indsats.

Tema 3 - Samarbejdsaftalen

I kapitlet er der fokus på samarbejdsaftalen og hvordan denne understøtter samarbejdet om målgruppen. Kapitlet indeholder temaerne; kendskab til samarbejdsaftalen, formål og indhold samt forslag til justeringer



Samarbejdsaftalen – kendskab og formål

I opdraget til analysen har Sundhedsklyngen været særligt optaget af at undersøge, hvordan samarbejdsaftalen understøtter samarbejdet om målgruppen, herunder om der er behov for justeringer for at forbedre samarbejdet.

Ved interviewene bliver det hurtigt tydeligt, at der er store forskelle i, hvor kendt samarbejdsaftalen er blandt ledere og medarbejdere. I Regionen er samarbejdet og koordinationen med kommuner primært en opgave for socialrådgiverne tilknyttet afsnittene. Blandt socialrådgiverne i regionen er samarbejdsaftalen derfor kendt af alle og anvendes i den daglige praksis. Blandt afdelingslæger, psykiatere og ledende afdelingssygeplejersker er samarbejdsaftalen ikke kendt, og kun få kender til dens eksistens. Lederne henviser i den sammenhæng til, at regionens socialrådgivere har ansvaret for koordinationen af samarbejdet.

Blandt socialrådgiverne i regionen fremhæves, at samarbejdsaftalen er en central del af deres onboardingforløb, og at de også er med til at revidere aftalen løbende.

I kommunerne er samarbejdsaftalen kendt af de fleste ledere, dog med forskellig dybde. På medarbejderniveau er der få, der giver udtryk for at kende indholdet i samarbejdsaftalen, men enkelte nævner, at de bruger den til at slå emner op ved behov. I Københavns Kommune er der etableret et KIT-team, som overtager sagsbehandlingen, når der er tale om børn og unge, som er i udredning i psykiatrien. Her er samarbejdsaftalen også bedre kendt, da KIT-samarbejdet har psykiatrimålgruppen i fokus.

Blandt ledere i kommunerne er fokus på, at samarbejdsaftalen er et ledelsesværktøj, og at den kan bruges i ledelsessamarbejdet på tværs af kommuner og region. Det fremhæves, at virkeligheden ikke altid er som beskrevet i samarbejdsaftalen, men at den har sin berettigelse som et aftalt grundlag for samarbejdet. I kommunerne vurderes det ikke realistisk, at den bliver kendt af alle medarbejdere, da rådgiverne har mange forskellige samarbejdsrelationer og arbejder med mange forskellige målgrupper.



En mere fokuseret samarbejdsaftale

Der er flere der efterspørger, at samarbejdsaftalen bliver mere fokuseret og konkret, og at der er særligt fokus på de komplekse målgrupper, som i særlig grad har behov for et koordineret samarbejde. Hvis samarbejdsaftalen bliver for bred og indeholder beskrivelser af samarbejdet om mange forskellige målgrupper, er der en risiko for, at det bliver for generelt, og at den ikke anvendes i praksis. I den sammenhæng fremhæves, at netop denne analyses målgruppe bør være en prioriteret målgruppe, da samarbejdet er meget afgørende for, at børnene/de unge og deres forældre bliver hjulpet optimalt.

I relation til den aktuelle samarbejdsaftale er der flere kommunale ledere, der fremhæver, at kommunerne er forpligtede til at stå til rådighed for netværksmøder med 5 dages varsel, men at denne forpligtelse ikke gælder den anden vej. Af samarbejdsaftalen ses dog, at begge parter er forpligtede til at finde et mødetidspunkt inden for 5 dage, men at det er på psykiatriens initiativ. Kommunerne efterspørger, at de har mulighed for at invitere til netværksmøder med kort varsel, og at psykiatrien på samme måde er forpligtede til at møde op inden for en afgrænset periode. Ligesom psykiatrien kan have behov for at afholde netværksmøder med kort varsel, er det også tilfældet i kommunerne, og der er erfaring for at psykiatrien i mindre omfang er fleksible i forhold til at deltage i møder, som kommunerne tager initiativ til. Videre efterspørger flere ledere i kommunerne, at der prioriteres at afholde faglige arbejds møder uden forældre, hvor behov og indsatser kan drøftes mere frit.

Der efterspørges endvidere fra flere kommunale medarbejdere, at samarbejdsaftalen i højere grad kan beskrive sagsforløb (gerne visualiseret) i henholdsvis kommuner og regioner, så der opnås større forståelse for rammer og vilkår. Der efterspørges videre, at samarbejdsaftalen også forholder sig til udslusning og herunder, hvordan psykiatrien kan bidrage ind i denne fase. Der er en erfaring for, at det kan være svært at få kontakt med psykiatrien, når først den unge er udskrevet fra døgnafsnittene, men at det kan være væsentligt for en vellykket udslusning, at der er et overlap i samarbejdet.

I forbindelse med implementering af Barnets lov i kommunerne, hvor der er et øget fokus på inddrage barnets perspektiv, nævnes det, at man med fordel kan overveje, om barnet/den unge kan bidrage og deltage i samarbejdet på en hensigtsmæssig måde. Det fremhæves af en medarbejder i en kommune, at den måde netværksmøder, og andre møder foregår på aktuelt, sjældent er hensigtsmæssige for barnet eller den unge at deltage i. Samarbejdsaftalen bør i endnu højere grad understøtte at barnets perspektiv kan blive en større del af samarbejdet.



Konkrete forslag fra interviews til justeringer af samarbejdsaftalen

- En mere fokuseret samarbejdsaftale med fokus på særlig komplekse målgrupper, som i særlig grad kræver et koordineret samarbejde.
- At samarbejdsaftalen bliver mere kendt i kommunerne, og særligt på ledelsesniveau .
- At samarbejdsaftalen ligeledes er kendt af sundhedsfaglige ledelsesrepræsentanter i psykiatrien .
- At samarbejdsaftalen forpligter ligeligt, og at der både fra region og kommuner er mulighed for at invitere til netværksmøder med kort varsel i særlige påkrævede situationer , og at alle parter er forpligtede til at deltage.
- At der gives mulighed for at afholdelse flere tværfaglige møder med henblik på at sikre bedre koordinering og samarbejde om en fælles plan.
- At der, ved revidering af samarbejdsaftalen, tages stilling til, hvordan børn og unge kan inddrages og deltage i et sagsforløb og i relevante møder omkring planen for deres fremtid.



Bilag: omfang og karakteristika

Børn og unge, der er anbragte og samtidig har kontakt til psykiatrien (samtidighed)(A1)



Anbragte med psykiatrikontakt – Samtidighed

A1 – Børn og unge, der er anbragte og samtidig har kontakt til psykiatrien (samtidighed)

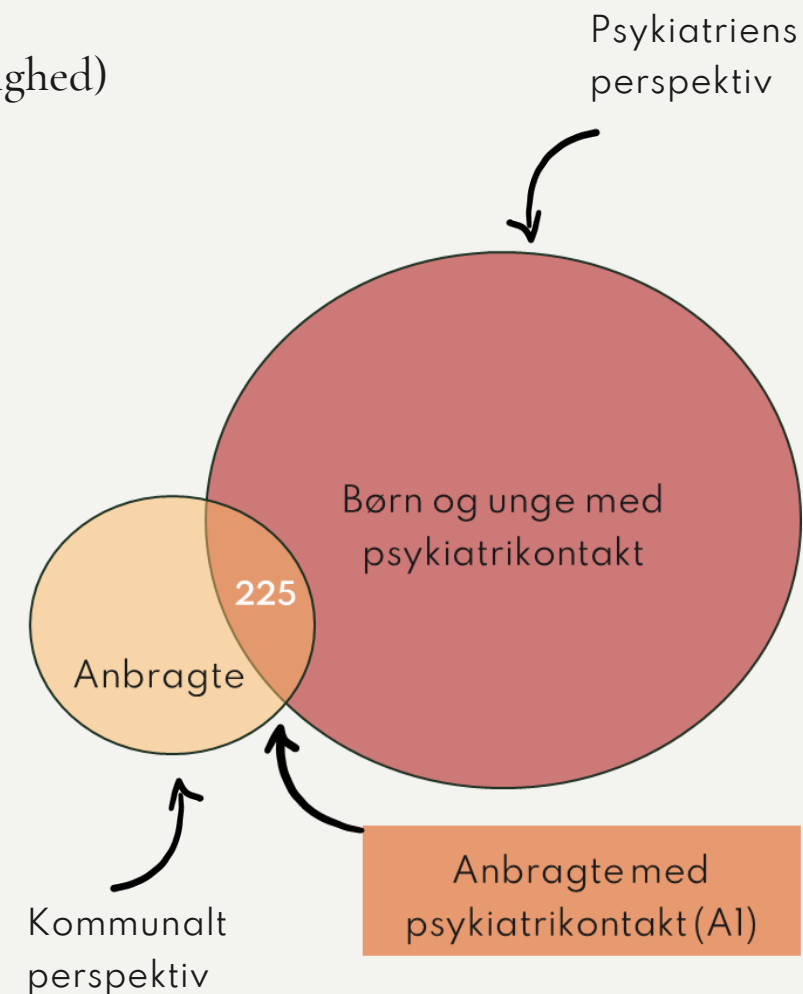
I 2022 var der 225 børn og unge, der både var anbragt og samtidig havde kontakt til psykiatrien (samtidighed – A1). 196 fra København og 29 fra Frederiksberg.

I et kommunalt perspektiv betyder det, at 24 % af alle anbragte havde psykiatrikontakt i 2022,

Fra et regionalt perspektiv, var der, i 2022, 3.881 børn og unge fra København og Frederiksberg Kommuner, der var i kontakt med psykiatrien. Det svarer til 3% af alle 0-17 årige. Ud af de 3881 børn og unge med kontakt var 5,8% samtidigt anbragt

Størstedelen af anbragte børn og unge har dermed ikke psykiatrikontakt under deres anbringelse (i løbet af et år). På denne måde er psykiatrikontakt, blandt anbragte, noget mere hyppig, end anbringelse blandt børn og unge med psykiatrikontakt.

Anbragte med psykiatrikontakt A1	
225	
Anbragte	Psykiatrikontakt
932	3.881
Andel anbragte, der har psykiatrikontakt	Andel 0-17 årige med psykiatrikontakt, der er anbragt
24%	5,8%



Anbragte med psykiatrikontakt i form af psykiatrisk indlæggelse

A1 – Børn og unge, der er anbragte og samtidig har kontakt til psykiatrien (samtidighed)

I 2022 var 34 børn og unge indlagt mindst én gang under deres anbringelse.

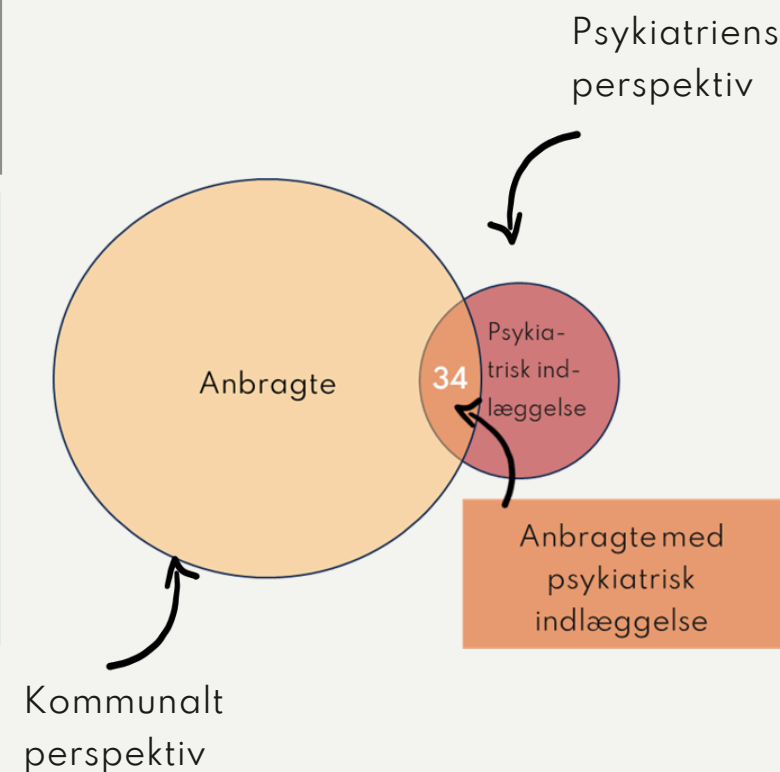
Fra et kommunalt perspektiv betyder det, at 3,6% af alle anbringelser har psykiatrisk kontakt i form af en indlæggelse.

Langt størstedelen, af den psykiatriske kontakt blandt anbragte, er dog ambulant kontakt.

Fra psykiatriens perspektiv, sker langt de fleste psykiatriske indlæggelser ikke samtidigt med at barnet/den unge er anbragt.

Sandsynligheden, for at en psykiatrisk indlæggelse sker samtidigt med en anbringelse, er dog 15%. Dvs., at selv om langt den største del af de psykiatrisk indlagte ikke er anbragte, så er hyppigheden af/overlappet mellem anbringelse og psykiatrikontakt relativt set større fra regionens perspektiv end fra den kommunale.

Anbragte med psykiatriske indlæggelser	
34	
Anbragte	Psykiatriske indlæggelser
932	222
Andel anbragte der har psykiatrisk indlæggelse	Andel af psykiatrisk indlagte, der er anbragt
3,6%	15%

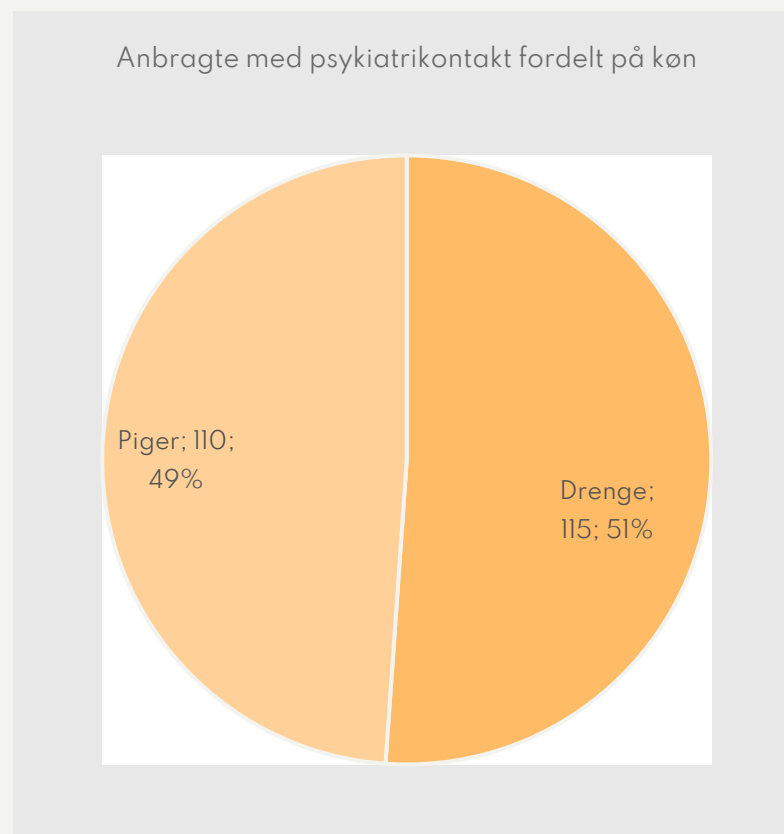
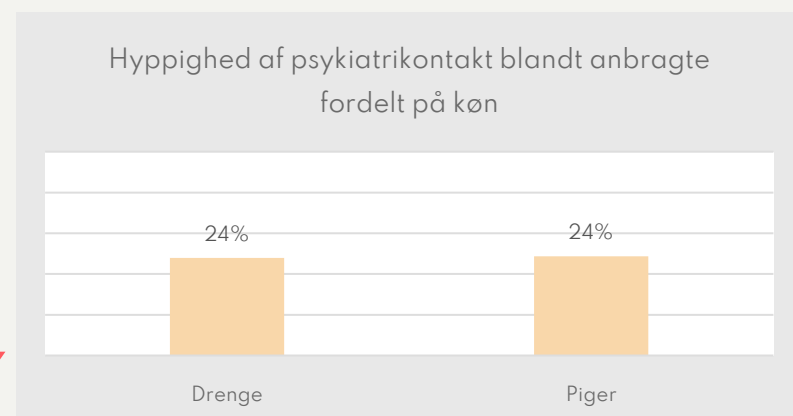
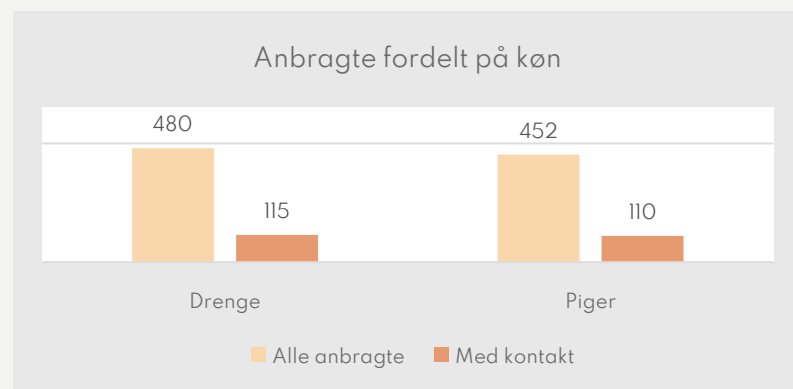
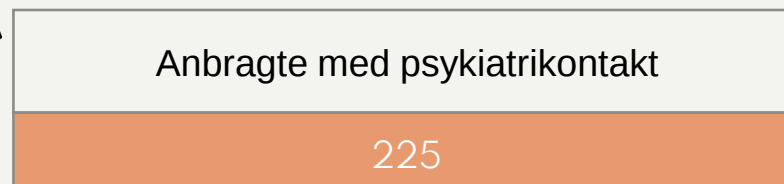


Forskellige blik/perspektiver på kønsfordelingen

A1 – Børn og unge, der er anbragte og samtidig har kontakt til psykiatrien (samtidighed)



24%



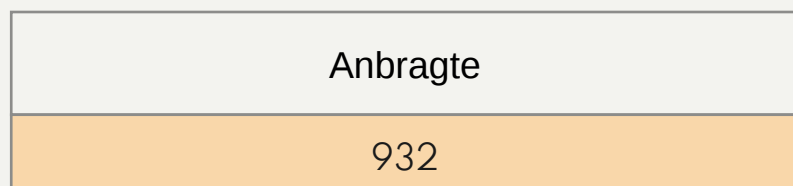
- Samlet set var 24% af de 932 anbragte fra København og Frederiksberg altså i kontakt med psykiatrien i 2022. I alt 225 børn og unge.
- Ses der på kønsfordelingen fra et kommunalt perspektiv, ses det, at der samlet set anbringes flere drenge (52%) end piger (48%).
- En lidt større andel af de anbragte piger har dog kontakt til psykiatrien under deres anbringelse. Hyppigheden af psykiatrikontakt er fra et kommunalt perspektiv dermed lige udbredt blandt anbragte drenge som piger. Ca. hver fjerde af alle anbragte drenge og piger har nemlig kontakt til psykiatrien.
- Fra psykiatriens perspektiv er kønsfordeling blandt de anbragte, som de har kontakt med også ligelig, idet 51% af de anbragte, som de har kontakt med er drenge, mens 49% er piger.



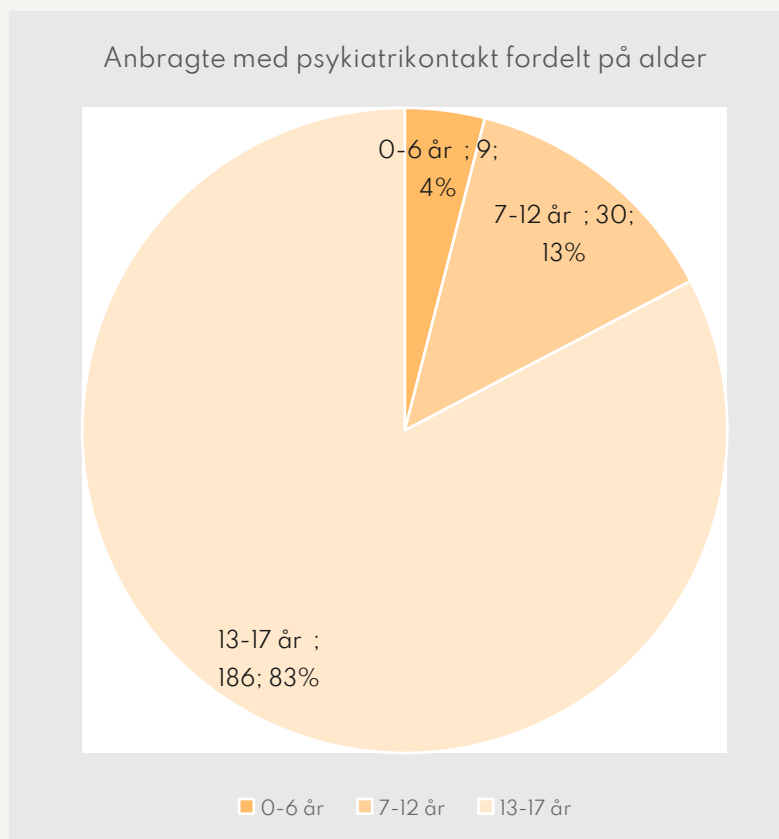
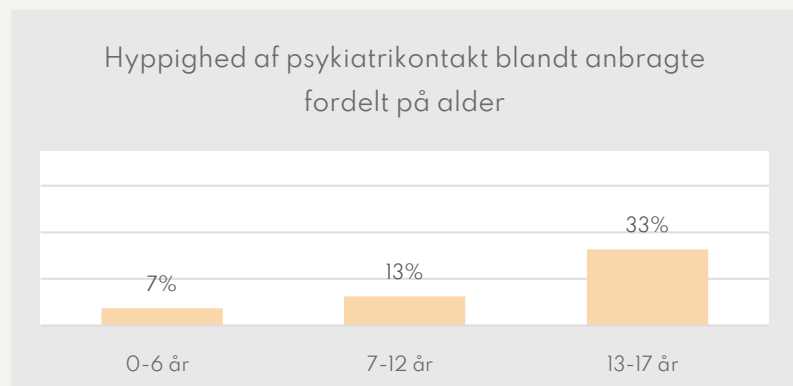
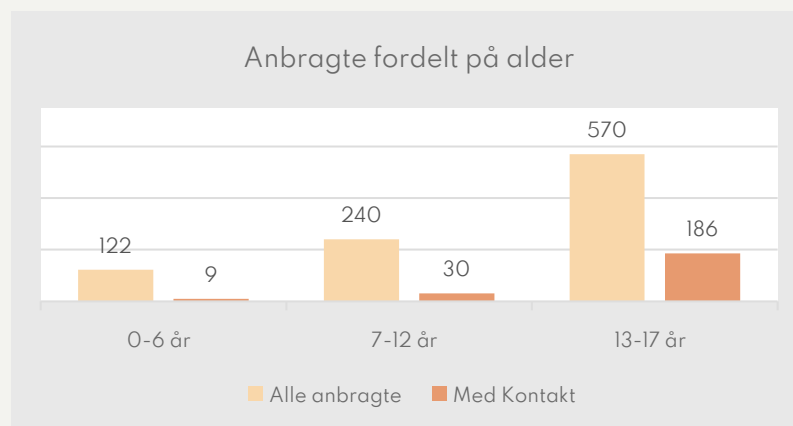
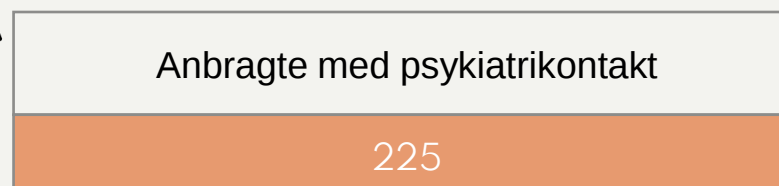
KOMPLEMENT™

Forskellige blik/perspektiver på aldersfordeling

A1 – Børn og unge, der er anbragte og samtidig har kontakt til psykiatrien (samtidighed)



24%



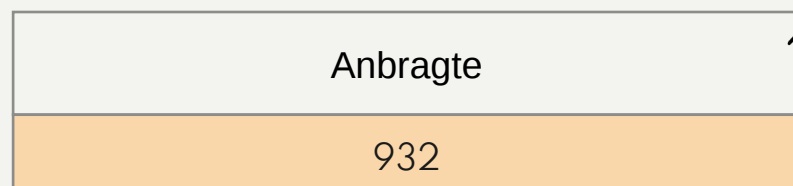
- Ses der på aldersfordelingen blandt alle anbragte, ses det, at aldersgruppen 13-17 år fylder mest (61%) af de 932 anbragte på tværs af København og Frederiksberg).
- Ca. hver fjerde af alle anbragte børn og unge har psykiatri-kontakt, og særligt udbredt er det blandt de 13-17 årige.
- Hyppigheden af kontakt er også størst blandt anbragte i alderen 13-17 år, idet ca. en tredjedel af denne gruppe har kontakt til psykiatrien under deres anbringelse. Tilsvarende har blot 13% og 7% af de anbragte i alderen 7-12 og 0-6 år psykiatrikontakt.
- Fra psykiatriens perspektiv udgør de 13-17 årige langt den største gruppe (83%), når der er kontakt med et anbragt barn/ungt menneske. Blot i 4% af tilfældene er kontakten med børn i alderen 0-6 år, mens 13% af tilfældene er med børn i alderen 7-12 år.



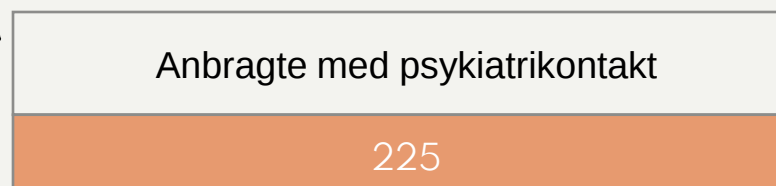
KOMPLEMENT™

Forskellige blik/perspektiver på foranstaltningstype

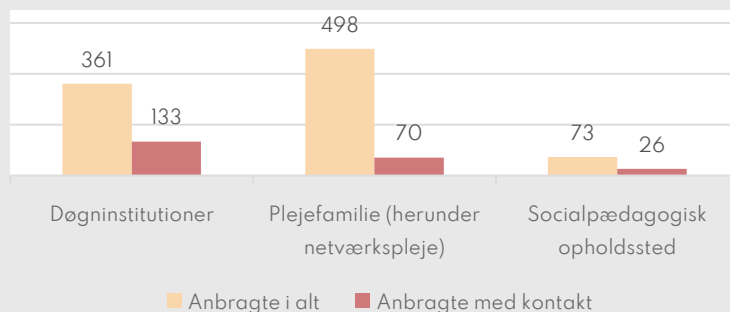
A1 – Børn og unge, der er anbragte og samtidig har kontakt til psykiatrien (samtidighed)



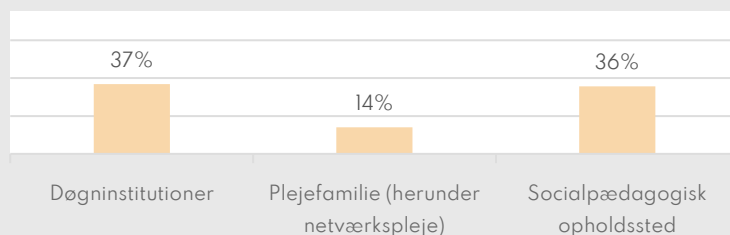
24%



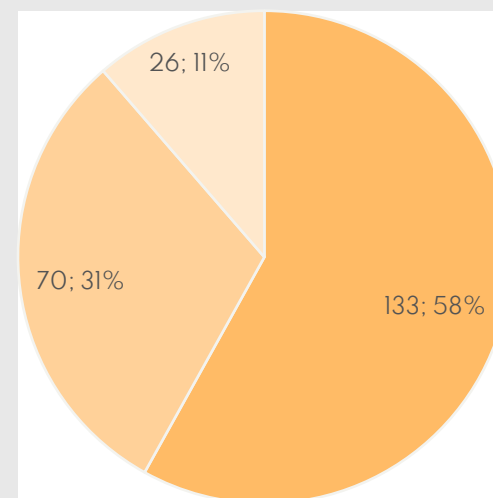
Anbragte fordelt på foranstaltningstype



Hyppighed af psykiatrikontakt fordelt på foranstaltning



Anbragte med psykiatrikontakt fordelt på foranstaltningstype



■ Døgninstitutioner
 ■ Plejefamilie (herunder netværkspleje)
 ■ Socialpædagogisk opholdssted

- Ses der, på hvilke anbringelsesforanstaltninger, der er udbredt blandt anbragte generelt, ses det, at plejefamilier er den mest udbredte anbringelsesform (53%), efterfuldt af døgninstitutioner, mens 8% er anbragt på opholdssteder.
- Selvom meget færre er anbragt på opholdssteder, så er intensiteten/kontakthypigheden fra et kommunalt perspektiv den samme blandt anbragte i døgninstitutioner og på opholdssteder. Lidt over en tredjedel af de anbragte i disse foranstaltningstyper har psykiatrikontakt, mens blot 14% af de plejefamilieanbragte har psykiatrikontakt. Følger aldersprofilen for de tre anbringelsestyper.
- Fra et psykiatrisperspektiv, er lidt over halvdelen af kontakten til anbragte på døgninstitutioner, mens ca. en tredjedel er til anbragte i plejefamilier. Der er dermed forskel på den oplevede intensitet ift. Foranstaltningstypen.



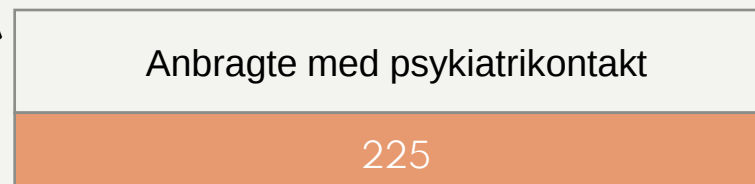
KOMPLEMENT

Forskellige blik/perspektiver på geografiske beliggenhed

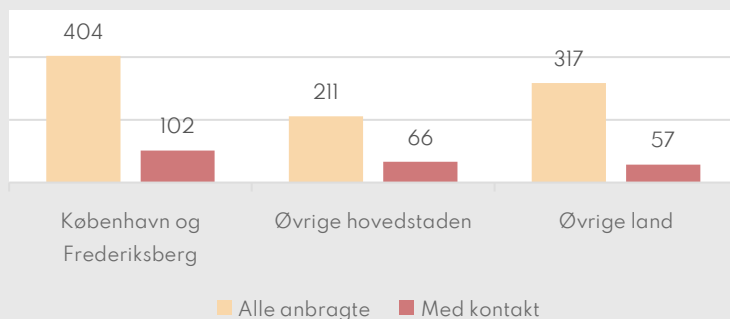
A1 – Børn og unge, der er anbragte og samtidig har kontakt til psykiatrien (samtidighed)



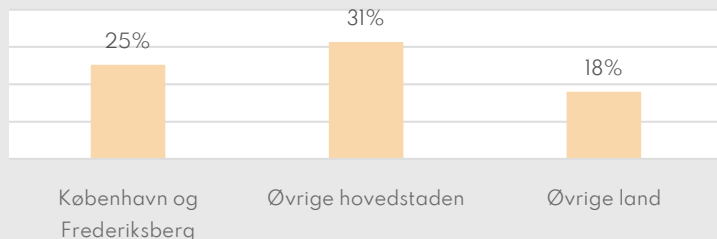
24%



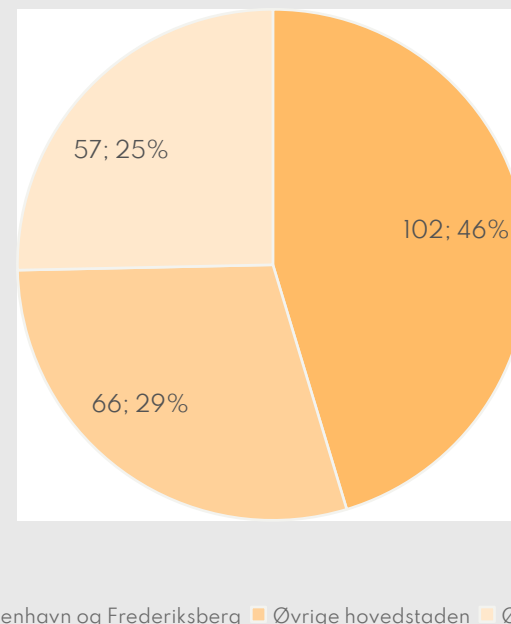
Anbragte fordelt på anbringelsens geografiske placering



Hyppegheden af psykiatrikontakt fordelt på anbringelsens geografiske placering



Anbragte med psykiatrikontakt fordelt på anbringelsens geografiske placering



- Ses der på hvor børn og unge fra København og Frederiksberg geografisk er anbragt, ses det, at anbringelse i netop København/Frederiksberg samlet set er mest udbredt (43% af anbringelserne ligger geografisk her).
- Fra et kommunalt perspektiv, så er hyppigheden af psykiatrikontakt dog størst blandt de, der er anbragt i den øvrige hovedstad. Dvs. gruppen, hvor der relativt set anbringes færrest. Ca. en tredjedel af alle børn og unge, der er anbragt i det øvrige hovedstadsområde har psykiatrikontakt, mens en fjerdedel af anbragte indenfor København/Frederiksberg har. 18% af anbragte i det øvrige land har psykiatrikontakt – hvilket kan være påvirket af den geografiske nærhed til psykiatrien.
- Fra et psykiatriperspektiv, er ca. halvdelen af kontakten til anbragte, der bor i København/Frederiksberg, mens resten fordeler sig mellem anbragte i og udenfor den øvrige hovedstad. Anbragte i det øvrige land fylder derfor relativt mere end de gør i et kommunalt perspektiv



KOMPLEMENT™



Brugerinddragelse i Sundhedsklynge Byen

Principper for brugerinddragelse

Principper for brugerinddragelse

Sundhedsklyngerne har til opgave at styrke forebyggelsen af sygdomme, øge kvaliteten af sundhedstilbuddene og bidrage til omstilling til det nære sundhedsvæsen. Sundhedsklyngernes tre sundhedsfaglige parter, hospitaler, almen praksis og kommuner skal i samarbejde med brugerrepræsentanter (patienter og pårørende) arbejde for at løse disse opgaver.

Brugerrepræsentanternes opgave er at bringe brugernes perspektiver og behov ind i arbejdet med at styrke sammenhæng og bedre forløb for patienterne i deres behandling og rehabilitering.

Sundhedsklyngerne har metodefrihed til at arbejde med lokale problemstillinger og løsning. Det kan være ift. hvordan brugerperspektivet inddrages i udvikling af indsatser og ift. det løbende arbejde med rekruttering af og dialog og opfølgning med brugerrepræsentanterne. For at skabe de bedste betingelser for, at brugerrepræsentanterne kan indgå i et ligeværdigt samarbejde med de øvrige parter i klyngen, har klyngesekretariatet udarbejdet principper, som skal danne rammerne for arbejde og samarbejde.

Principperne bygger på følgende kriterier:

1. Grundig introduktion til rollen som brugerrepræsentant.
2. Gensidig dialog og informationsudveksling før og efter møderne.
3. Brugerperspektivet fremgår tydeligt, brugerrepræsentanterne inddrages og brugerperspektivet fastholdes i arbejdet.
4. Løbende opsamling med brugerrepræsentanterne ift. deres oplevelser af samarbejdet, herunder understøttelse af, at brugerrepræsentanternes erfaringer omdannes til relevant input.
5. Sparring og evaluering med brugerrepræsentanterne for at justere og forbedre proces og vilkår herunder planlægning, logistik og praktiske forhold.
6. Årlig evaluering af outputtet af brugerperspektivet i klyngesamarbejdet og i arbejdsgrupper.

Rammer for inddragelse af brugerrepræsentanter

Med afsæt i disse principper har klyngesekretariatet udarbejdet rammer for inddragelse af brugerrepræsentanterne. Klyngesekretariatets opgaver er opdelt i klyngesekretariatets planlægning og forarbejde, opgaver før og efter klyngemøderne, opgaver i forbindelse med arbejdsgrupper samt evaluering af proces og vilkår.

Klyngesekretariatets opgaver ift. planlægning og forarbejde

- Plan for rekruttering, inklusive fastlæggelse af sammensætningen af brugerrepræsentanter med konkrete erfaringer fra sundhedsvæsenet, der taler ind i sundhedsklyngens fokusområder.
- Sikre et rul for rekruttering af brugerrepræsentanter med overvejelse om suppleanter for at sikre kontinuitet. Der tages højde for at løfte populationsansvaret, dvs. at der tages hensyn til klyngeområdets befolkningsmæssige sammensætning med hensyn til livsstil og sygdomsbillede.
- Skabelon til stillingsopslag og ansøgningsskema for brugerrepræsentanter.
- Oversigt over tidligere og nuværende brugerrepræsentanter for eventuel erfaringsudveksling.
- Årshjul over møder og aktiviteter så brugerrepræsentanter er forberedte på mødedatoer og opgaver.
- Uddeling, udvikling og opdatering af informationsmateriale (bl.a. Regionens e-læring).
- Evaluering af sundhedsklyngens egne erfaringer før ny rekruttering af brugerrepræsentanter.

Klyngesekretariatets opgaver ift. brugerrepræsentanterne

Før klyngemødet

Introduktion:

- Afholde introduktionsmøder med informations- og oplæringsmateriale og løbende forventningsafstemme.
- Sikre at brugerrepræsentanter er godt informerede om sundhedsklynger generelt. Herunder at de kender deres roller på lige fod med de øvrige deltagere, kender til formandskabet, og er vidende om klyngens deltagersammensætning (region, kommune, praktiserende læger og brugerrepræsentanter samt sekretariatet).
- Sørge for at brugerrepræsentanter kender opgavens omfang mht. klyngemøder, formøder, netværksgrupper og eventuelt deltagelse i relevante arbejdsgrupper.
- Sikre god dialog, kommunikation og viden om kontaktinfo til klyngesekretariatet.

Forberedelse og løbende opfølgning:

- Udsende dagsorden med bilag 7 dage før klyngemøder.
- Opfordre brugerrepræsentanterne til egne (evt. virtuelle) formøder.
- Opbygge gensidig tillid og relation mellem patient- og pårørenderepræsentanter, formandskabet og øvrige mødedeltagere gennem god mødeledelse og facilitering.

- Sikre at formål og hyppighed af møder i klyngen er meldt ud (informationsmøder, klyngemøder, formøder og netværksgrupper på tværs af klynger og arbejdsgrupper).
- Inddrage brugerrepræsentanterne i udarbejdelse af årshjul for sundhedsklyngen.

Formøder:

- Afholde formøder mellem sekretariat og brugerrepræsentanter cirka en uge før hvert klyngemøde med fokus på brugerperspektivet.
- Introducere dagsordner, mødematerialer og sørge for, at materialet er forståeligt og tilgængeligt med tilstrækkelig tid til forberedelse.
- Sørge for at brugerperspektivet tydeligt fremhæves i sagsfremstillingerne til klyngemøderne, og at mødelederen er opmærksom på at inddrage brugerrepræsentanterne.
- Tilstræbe at brugerrepræsentanterne kender deres rolle som faglige repræsentanter, der konstruktivt udtrykker ønsker, forventninger og bekymringer på vegne af patienter og pårørende
- Aftale med brugerrepræsentanterne at de, om muligt, kan at sidde sammen med de andre brugerrepræsentanter, præsentere sig kort, huske deres rolle og holde sig til og fastholde brugerperspektivet.
- Aftale med brugerrepræsentanterne, hvilke punkter de gerne vil have ordet på og sørge for, at de får taletid. Gøre opmærksom på, at der er kort tid til hvert punkt, hvorfor indlæg skal være korte og præcise, og hvis formuleret lidt uklart, så følger afklaring efterfølgende, evt. i referatet.

Efter klyngemødet

- Klyngesekretariatet følger op med brugerrepræsentanterne snarest efter klyngemøderne.
- Alle deltagere/brugerrepræsentanter modtager referat fra klyngemøderne.
- Brugerrepræsentanterne opfordres til at være opmærksomme på, om deres perspektiver er med og korrekt refereret.
- Brugerrepræsentanterne opfordres til at mødes for at evaluere på, hvordan det gik til mødet.

Formandskabets opgave ifm. brugerinddragelse

Under klyngemødet

- Sørge for god mødeledelse med ligelig fordeling af taletid.
- Sørge for at være opmærksom på at inddrage brugerrepræsentanterne.
- Være opmærksom på mødekultur og tone, herunder at faglige begreber og forkortelser forklares.

Arbejdsgruppernes opgave ift. brugerinddragelse

- Klyngesekretariatet prioriterer mellem mulige arbejdsgrupper/indsatser inden forelæggelsen for politisk sundhedsklynge.
- Klyngesekretariatet koordinerer udpegning til arbejdsgrupper.
- Brugerrepræsentanterne vurderer selv, om det er relevant at være repræsenteret i arbejdsgrupper og indmelder deres deltagere til sekretariatet.
- Arbejdsgrupperne og brugerrepræsentanterne indtænker brugerperspektivet i udviklingen af indsatserne.
- Brugerrepræsentanternes opgave og ansvar i arbejdsgrupper er at være i løbende dialog med klyngesekretariatet og at udarbejde referater og/eller anbefalinger til videre drøftelser af indsatsen i arbejdsgruppen.

Klyngesekretariatets opgaver ift. sparring og evaluering

- Løbende samle op med brugerrepræsentanter ift. deres perspektiver og oplevelser af møderne og samarbejdet for at identificere områder, hvor forbedringer er nødvendige.
- Løbende undersøge hvordan brugerrepræsentanternes erfaringer omdannes til relevant input i forhold til konkrete sager.
- Indhente brugerrepræsentanternes erfaringer ved afslutning af deres periode.
- Dele erfaringer og resultater med de fem faglige sundhedsklynger i Region Hovedstaden for at fremme god praksis og forståelsen for betydningen af brugerinddragelse.

NOTAT

Region Hovedstadens Psykiatri
Kvalitet og Forbedring
Kristineberg 3
2100 København Ø

Dato: 22. august 2024

Integreret dobbeltdiagnosebehandling i Region Hovedstadens Psykiatri

Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening har med økonomaftalen for 2024 indgået aftale om, at regionerne fra september 2024 og frem til og med 2027 trinvist skal indfase et integreret dobbeltdiagnosetilbud. Region Hovedstadens Psykiatri vil gerne orientere Sundhedsklyngerne om det foreløbige arbejde med tilbuddet.

Rammer

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har udarbejdet en faglig visitationsretningslinje ([link](#)), der beskriver målgruppen og rammerne for det integrerede dobbeltdiagnosetilbud nærmere:

Tilbuddet er målrettet mennesker over 18 år med moderat til svær psykisk sygdom (eller mistanke herom) og samtidig rusmiddelproblematik. Henvi-
sing til det integrerede tilbud skal tage udgangspunkt i en individuel, helhedsorien-
teret afdækning af den enkeltes behandlingsbehov og hidtidige forløb, herun-
der karakteren og sværhedsgraden af den psykiske sygdom og rusmiddelpro-
blematikken, den samlede funktionsevne og forekomsten af sociale problemer
og somatiske sygdomme.

I den faglige visitationsretningslinje skelnes der mellem parallelle behandlings-
forløb, hvor psykiatri- og rusmiddelbehandling foregår samtidig og koordineret
på tværs af kommune og region, og integrerede behandlingsforløb, hvor psyki-
atri- og rusmiddelbehandling udelukkende foregår i regionen og er forankret
på én lokation.

Visitationsretningslinjen beskriver en model for "stepped-care", hvor det paral-
lelle koordinerede forløb og det integrerede forløb er placeret på hver sit trin i
modellen. Det er centralt, at den enkelte borger modtager behandling på det

rette indsatsstrin og har let adgang til behandling. Visitationsretningslinjen peger i den sammenhæng på, at regionerne skal følge princippet om "no wrong door" i behandlingen til mennesker med dobbeltdiagnoser.

Trinvis indfasning

Det er politisk besluttet, at det integrerede dobbeltdiagnosetilbud skal indfases trinvist efter modellen i tabel 1. Den trinvis indfasning betyder, at regionerne først begynder at overtage borgere fra kommunernes rusmiddelbehandling fra juli 2025.

Tabel 1: Plan for indfasning af integreret dobbeltdiagnosetilbud i regionerne		
Tidspunkt	Målgruppe	Antal (landsplan)
Indfases fra: Sep. 2024	Gruppe 1: Patienter i aktuel behandling i psykiatrien, men ingen samtidig behandling for rusmiddelproblem	4.600
Indfases fra: Jul. 2025	Gruppe 2: Patienter i aktuel behandling i psykiatrien og samtidig behandling for rusmiddelproblem i kommunalt regi	4.000
Indfases fra: Jul. 2026	Gruppe 3: Patienter alene i behandling for rusmiddelproblem i kommunalt regi, men formodning om moderat til svær psykisk lidelse	700

Til at finansiere det integrerede dobbeltdiagnosetilbud øges regionernes bloktilskud med 64 mio.kr. i 2024, 178 mio. kr. i 2025, 285 mio. kr. i 2026 og 323 mio. kr. i 2027 og frem. Samtidig reduceres kommunernes bloktilskud med 17 mio. kr. i 2025, 124 mio. kr. i 2026 og 162 mio. kr. i 2027 og frem.

Tværregionalt arbejde

I efteråret 2022 nedsatte regionernes psykiatridirektører en tværregional planlægningsgruppe til udvikling af det integrerede dobbeltdiagnosetilbud. Arbejdet med at udvikle tilbuddet foregår tværregionalt for at sikre et ensartet tilbud på tværs af landet. Det er Region Hovedstaden, der leder arbejdet, og det gennemføres i tæt samarbejde med Kommunernes Landsforening, Foreningen for Ledere i Offentlige Rusmiddelbehandling (FLOR) og andre kommunale repræsentanter.

Den tværregionale planlægningsgruppe har til opgave at udarbejde beskrivelser af ambulante patientforløb og forløb for indlagte patienter. Gruppen fastlægger derudover rammerne for en samlet kompetenceudvikling, som gennemføres lokalt i den enkelte region, så der er mulighed for at tage hensyn til regionalt betingede forhold.

De tværregionale beskrivelser af henholdsvis ambulante patientforløb og forløb for indlagte patienter er godkendt af psykiatridirektørkredsen og kan findes på Danske Regioners hjemmeside ([link](#)). Hver region arbejder nu videre med

at 'oversætte' de tværregionale patientforløbsbeskrivelser, så de tager hensyn til organisatoriske forhold i den enkelte region.

Regionalt arbejde

I Region Hovedstadens Psykiatri er arbejdet med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud forankret i Ledelsesforum og en underliggende styregruppe. Ledelsesforum og styregruppe understøttes af en programledelse. Derudover er der en stor opmærksomhed på, at en succesfuld udvikling og implementering af tilbuddet forudsætter et tæt tværsektorielt samarbejde og et samarbejde med bruger- og pårørenderepræsentanter.

For at understøtte det tværsektorielle samarbejde er der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri, kommuner og praksissektor, der har til formål at drøfte og fastlægge en overordnet ramme for samarbejdet. Det integrerede dobbeltdiagnosetilbud er derudover et fast punkt på møder i driftsfora, og der arbejdes løbende på mere lokale samarbejder mellem hvert psykiatriske center og kommunerne i centerets optageområde.

Region Hovedstadens Psykiatri har holdt orienteringsmøder med somatikken i regionen, herunder socialoverlæger og -sygeplejersker i somatikken, og der er aftalt en proces for videre samarbejde, når der er gjort indledende erfaringer med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud. Tværsektoriel Strategisk Styregruppe holdes også løbende orienteret.

Region Hovedstadens Psykiatri har fastlagt en række principper for implementeringen af det integrerede dobbeltdiagnosetilbud:

- Implementering i eksisterende tilbud og opretholdelse af nuværende organiseringer, for at undgå yderligere overgange i behandlingen, det vil sige at der ikke oprettes specialtilbud eller -enheder
- Implementering i hovedfunktioner først for at sikre grundlæggende erfaringer inden der tages stilling til implementering i eventuelle specialtilbud
- Trinvis implementering for sikre en lærings- og kompetenceudviklingsproces, der tager hensyn til resterende drift, tilstrækkelige ressourcer til implementeringsunderstøttelse og optimale muligheder for løbende læring og justering
- Eksisterende dobbeltdiagnosetilbud fortsætter som tidligere, indtil der er indsamlet erfaringer med det ny integrerede tilbud og dermed viden om, hvordan behandlingen påvirker de eksisterende tilbud

Fra september 2024 starter akutfunktioner, sengeafsnit, seks psykiatriske ambulatorier (F-ACT-ambulatorier) samt to retslige ambulatorier i Region Hovedstadens Psykiatri med at indfase det integrerede dobbeltdiagnosetilbud. Fra 1.

december 2024 starter de resterende psykiatriske ambulatorier (F-ACT-ambulatorier) med deres indfasning, mens psykiatriske ambulatorier for unge med skizofreni (OPUS-ambulatorierne) starter fra 1. februar 2025, og specialambulatorierne starter fra 1. april 2025. Psykiatrisk Center Bornholm starter på tværs af ambulatorier, akutfunktioner og sengeafsnit i februar 2025.

Kompetenceudvikling

Alle medarbejdere i ambulatorier, akutfunktioner og sengeafsnit skal gennemføre fire e-læringskurser om implementering, dobbeltdiagnosebehandling, rusmiddelbehandling og substitutionsbehandling. Derudover skal alle medarbejdere i ambulatorier deltage i tre dages fremmødekursus om dobbeltdiagnosebehandling, mens læger og andre udvalgte medarbejdere med medicinkompetence også skal deltage i en dags kursus om farmakologisk rusmiddelbehandling og en dags kursus om substitutionsbehandling suppleret af tre dages sidemandsoplæring og en halv dags opsamling. I efteråret 2024 bliver der lagt planer for fremmødekurser målrettet medarbejdere i akutfunktioner og sengeafsnit.

På sigt skal ovenstående fremmødekurser suppleres med metodespecifikke kurser i motiverende samtale (MI), kognitiv adfærdsterapi (KAT) og dialektisk adfærdsterapi (DAT) målrettet udvalgte medarbejdere.

Brugerperspektiv

Mennesker med dobbeltdiagnose har historisk haft svært ved at opnå en sammenhængende psykiatri- og rusmiddelbehandling, fordi ansvaret for behandlingen har været delt mellem to sektorer. Oprettelsen af et integreret dobbeltdiagnosetilbud i regionerne skal imødekomme denne udfordring og understøtte, at mennesker med dobbeltdiagnose ikke længere 'falder mellem to stole', fordi de har behov for behandling i både kommune og region.

I arbejdet med at udvikle og implementere det nye integrerede dobbeltdiagnosetilbud samarbejder Region Hovedstadens Psykiatri systematisk med mennesker, der har relevant bruger- og pårørendeerfaring. Repræsentanter med bruger- og pårørendeerfaring har blandt andet deltaget på de tværregionale events, hvor patientforløbsbeskrivelser og rammer for kompetenceudvikling er fastlagt, og Region Hovedstadens Psykiatri samarbejder nu med flere af de samme repræsentanter om det mere lokale arbejde i regionen.

Model for samarbejde mellem socialtandplejen i Københavns- og Frederiksberg kommuner og Flexklinikken på Bispebjerg Hospital

Nedenfor beskrives en model for samarbejdet mellem socialtandplejen i Københavns- og Frederiksberg kommuner og Flexklinikken på Bispebjerg Hospital, som indeholder en række konkrete aktiviteter, der skal bidrage til at sikre lette henvisningsveje for de af Flexklinikkenes patienter, som er i målgruppen for socialtandpleje.

Modellen vil blive afprøvet systematisk i en 3-måneders periode i efteråret 2024 mhp. på indsamling af viden om:

- Hvorvidt en særlig indsats med brobygning mellem somatikken og socialtandplejen kan være til gavn for Flexklinikkenes målgruppe både ift. tandsundhed og ift. at genskabe tilliden til sundhedsvæsenet
- Hvilke barrierer, der er for at Flexklinikkenes patienter kommer til tandlæge
- Hvorvidt og hvordan, der skal arbejdes videre med en model for samarbejdet mellem Flexklinikken og de kommunale socialtandplejer mhp. idriftsættelse fra 2025.

Afprøvningen vil foregå systematisk mellem Flexklinikken og Københavns Kommunes Voksensandpleje, herunder med en evaluering.

Ift. Frederiksbergborgere i målgruppen, kan henvisning ske efter aftale med Socialafdelingens team, Fremskudt indsats, som beskrevet i Guide til henvisning af borgere.

MODEL

Modellen for samarbejdet mellem parterne handler først og fremmest om at skabe gode relationer mellem parterne samt smidige arbejdsgange og består af følgende aktiviteter:

Kontaktpersoner

- Der udpeges særlige kontaktpersoner; tandlægefaglig kontaktperson i Københavns Kommunes Voksensandpleje, socialfaglige medarbejdere i Københavns Kommunes Socialforvaltning samt en sundhedsfaglig kontaktperson i Flexklinikken på Bispebjerg Hospital.
- Der vil desuden altid være muligt at kontakte overtandlægen i Københavns Kommunes Voksensandpleje ved behov for mere strategiske eller ledelsesmæssige drøftelser

Besøgstimer i Flexklinikken af tandlægefagligt personale

- En tandlægefaglig kontaktperson i Voksensandplejen frikøbes 2-3 timer ugentligt i en 3 måneders periode til at være i Flexklinikken. Dette mhp. at skabe kontakt med patienter i Flexklinikken og bidrage til at relevant tandbehandling tilbydes samt på at bidrage med information og rådgivning af medarbejdere.
- Ved positiv evaluering skal besøgstimerne fremadrettet i drift i et nærmere aftalt afgrænset tidsrum fx én gang månedligt

Infomateriale

- Der er udformet en Guide til henvisning af borgere med kontaktpersoner/telefonnr. til de kommunale socialtandplejetilbud samt et lommekort blandt andet med en QR-kode til kommunernes respektive hjemmesider med info om socialtandplejetilbuddet og kontaktoplysninger.

Faste åbningstider i tandklinikken på Bispebjerg Hospital

- Voksentandplejen har dedikerede tandklinikker til socialtandplejepatienter i Tietgensgade, på Kofoeds Skole og på Mændenes Hjem
- Voksentandplejen har desuden åbnet en klinik på Bispebjerg Hospital, som også har mulighed for at tage socialtandplejepatienter. Der er pt. fast åbningstid:
 - Tirsdage og torsdage kl. 8.00-15.00
 - fredage i ulige uger kl. 8.00-15.00.

Henvisning visitering

- Kontaktpersonen fra Voksentandplejen vil være Flexklinikken primære kontakt og hjælp til at få den enkelte borger videre, uanset om det er til behandling på en af Voksentandplejens klinikker eller om borger skal have hjælp til at søge økonomisk støtte eller andet.

Derudover gælder følgende:

- Hvis en patient i Flexklinikken vurderes at have behov for akut og uopsættelig tandbehandling, kan der indenfor åbningstid laves en aftale med Voksentandplejens reception, hvor personalet vil finde en akut tid, enten på tandklinikken på Bispebjerg Hospital eller på en af Voksentandplejens øvrige klinikker. Det forventes at borger følges til tandklinikken
- Hvis borger vurderes at kunne vente, skal borger målgruppevurderes af Københavns Kommunes Hjemløse- og Udsatteenhed, som herefter kontakter Voksentandplejens reception mhp. at finde en tid til borger.
- Voksentandplejens medarbejdere vurderer senest ved andet besøg, om borger er i målgruppen eller skal visiteres ud eller til andet kommunalt tandplejetilbud fx specialtandpleje. Det vil være borgers kontaktperson, der hjælper borger videre.
- Hvis borger ikke er i målgruppen for socialtandpleje eller andre kommunale tilbud, kan borger søge økonomisk tilskud til behandling i privat praksis. Det vil være borgers kontaktperson, der hjælper borger videre. I Vejledning til ansøgning af økonomisk tilskud til tandbehandling efter Aktivlovens §§ 82 og 82a beskrives, hvordan der søges om økonomisk tilskud.
- Er borger med behov for tandpleje fra Frederiksberg Kommune og hjemløs, kontaktes Socialafdelingen, Fremskudt indsats i Frederiksberg Kommune. Er vedkommende i alvorligt akutte smerter og hjemløs, og tandklinikken på Bispebjerg har åbent, kan denne benyttes efter nærmere aftale med Voksentandplejens reception. Herefter vil de to kommuner afregne indbyrdes.
- Se i kommunernes Guides til henvisning af borgere til socialtandpleje for kontaktoplysninger m.m.
- Hvis borger har behov for akut og uopsættelig behandling udenfor de kommunale tandklinikkers åbningstid, er det en mulighed at benytte Åben konsultation hos tandlægevagten på Oslo Plads 14 på Østerbro, tidsbestilling ikke mulig. Åbningstider:

Mandag	20:00 - 21:30
Tirsdag	20:00 - 21:30
Onsdag	20:00 - 21:30
Torsdag	20:00 - 21:30
Fredag	0:00 - 21:30
Lørdag	10:00 - 12:00 20:00 - 21:30
Søndag	0:00 - 12:00 20:00 - 21:30 "
Helligdage	10:00 - 12:00 og 20:00 - 21:30

Afprøvning af model i efteråret 2024

- Modellen afprøves i en 3-måneders periode i efteråret 2024

- I Flexklinikken vurderer sygeplejersken, hvorvidt der skal spørges ind til de enkelte patienters tandsundhed mhp. at få et billede af udfordringer og behov for behandling. Det kan være med udgangspunkt i følgende spørgsmål;
 - **Generelle Spørgsmål om Tandpleje:**
 - "Hvordan har du det generelt med dine tænder?"
 - **Specifikke Spørgsmål om Tandsundhed:**
 - "Oplever du smerter eller ubehag i dine tænder eller tandkød?"
 - **Spørgsmål om Tandhygiejne:**
 - "Hvordan plejer du at børste dine tænder?"
 - "Har du en tandbørste/tandpasta?" eller "Børster du tænder?"
 - **Spørgsmål om Følelser og Oplevelser:**
 - "Hvordan påvirker dine tænders tilstand din hverdag?"
 - "Har du svært ved at tygge/spise?"
 - **Spørgsmål om Støtte og Hjælp:**
 - "Har du adgang til nogen former for støtte eller hjælp til tandpleje?"
- Der evalueres efter tre måneder bl.a. vha. interviews med nogle af de involverede patienter samt med personale i Flexklinikken og i Voksentandplejen mhp. at afdække, hvad virker, hvad virker ikke, hvad er barriererne, hvordan kører vi videre
- Der vil desuden blive fulgt op på indsatsen ved indsamling af nærmere aftalt data fx om antal pt. der henvises fra Flexklinikken, hvilken kommune, udeblivelser m.v.
- Det afklares, om der er behov for yderligere undersøgelser, tiltag eller andet

Idriftsættelse

- Modellen justeres på baggrund af evalueringen og sættes i drift i løbet af 2025

Socialtandpleje i Københavns Kommune

Guide til henvisning af borgere



Målgruppe – Følgende kriterier skal være opfyldt

1. Borger kan på grund af særlige sociale problemer IKKE benytte almindelige tandpleje-tilbud (privat praksis samt kommunale omsorgs- og specialtandplejetilbud).
2. Borger har et cpr. nr. og er berettiget til et dansk sundhedskort.

Vurdering

- Før du henviser en borger til socialtandpleje, skal du sikre dig, at borger er i målgruppen.
- Er du i tvivl om en borger er i målgruppen, kan du søge råd og vejledning hos Hjemløse- og Udsatteenhedens to opsøgende medarbejdere på området.

Råd og vejledning ift. vurdering af målgruppen

Hjemløse- og Udsatteenheden

Bjørn	Zazia
Telefon: 29 34 73 27	Telefon: 23 71 51 72
E-mail: bb18@kk.dk	E-mail: cu3b@kk.dk

Hvis borger ikke er i målgruppen for socialtandpleje

- Det er muligt at søge om hjælp til dækning af betaling for tandbehandling hos en privat tandlæge. Det skal foregå efter en individuel vurdering fra kommunen, og ansøgning skal gives via Borger.dk eller i den kommunale Borgerservice, før behandlingen udføres.
- Røde Kors yder sundhedshjælp til borgere uden dansk sundhedskort i Sundhedskliniken, Reventlowsgade 10 – 1651 København V. Åbningstider: mandag, onsdag og torsdag kl. 17-20.

Procedurebeskrivelse / vejviser:

- Social- eller sundhedsfaglige medarbejdere kan henvise borgere til socialtandpleje enten via Hjemløse- og Udsatteenheden eller direkte via Voksensandplejens reception (telefon eller mail).
- Der vil blive spurgt ind til, hvorfor henviser mener, at borgeren er i målgruppen for socialtandpleje.
- Borgeren får en tid til undersøgelse og vurdering i på en af Voksensandplejens socialtandplejeklinikker – gerne ledsaget af henviser.
- Tidligst efter 2. besøg i Voksensandplejen, vurderer medarbejdere, om borgeren er i målgruppen for socialtandpleje. Er de ikke enige med henviser, vil tandlægen kontakte henviser.
- Voksensandplejen vurderer hvilken behandling, der er relevant.

Socialtandplejeklinikker

Voksensandplejens Socialtandplejeklinik

Tietgensgade 31, B
1704 København V

Voksensandplejens Socialtandplejeklinik – Kofoeds Skole

Holmbladsgade 120 Kofoeds Skole
2300 København S

Voksensandplejens Socialtandplejeklinik – Mændenes Hjem

Lille Istedgade 2
1706 København K

Voksensandplejens Socialtandplejeklinik – Bispebjerg Hospital

Esther Amundsens Vej 36
Bygning 51
2400 København NV

Kontakt til Voksensandplejen

Voksensandplejen har åbent:
Tirsdag, torsdag og fredag Kl. 8.15-14.00
Onsdag Kl. 9.00-14.00
Telefon: 33 17 57 80
E-mail: voksensandplejen@kk.dk

I akutte tilfælde udenfor Socialtandplejens åbningstid henvises til Tandlægevagten, Oslo Plads. Telefon: 70 25 00 41



Socialtandpleje i Frederiksberg Kommune

Guide til henvisning af borgere

Målgruppe – Følgende kriterier skal være opfyldt

1. Borger er i hjemløshed og kan på grund af særlige sociale problemer IKKE benytte almindelige tandplejetilbud (privat praksis samt kommunale omsorgs- og specialtandplejetilbud).
2. Borger har et cpr. nr. og er berettiget til et dansk sundhedskort.

Vurdering

- Før du henviser en borger til socialtandpleje, skal du sikre dig, at borger er i målgruppen.
- Er du i tvivl om en borger er i målgruppen, kan du søge råd og vejledning hos Socialafdelingen, Fremskudt indsats.

Råd og vejledning ift. vurdering af målgruppen

Socialafdelingen, Fremskudt indsats

Camilla Christensen

Telefon: 38 21 30 70

E-mail: soc.fremskudtindsats@frederiksberg.dk

Hvis borger ikke er i målgruppen for socialtandpleje

- Det er muligt at søge hjælp til dækning af betaling for tandbehandling hos en privat tandlæge. Det skal foregå efter en individuel vurdering fra kommunen, og ansøgning skal gives via Borger.dk eller i den kommunale Borgerservice, før behandlingen udføres.
- Røde Kors yder sundhedshjælp til borgere uden dansk sundhedskort i Sundhedsklinikken, Reventlowsgade 10, 1651 København V. Åbningstider: mandag, onsdag og torsdag kl. 17-20.

Procedurebeskrivelse / vejviser:

- Social- eller sundhedsfaglige medarbejdere kan henvise borgere til socialtandpleje via Socialafdelingens team, Fremskudt indsats.
- Der vil blive spurgt ind til, hvorfor henviser mener, at borgeren er i målgruppen for socialtandpleje.
- Borgeren får en tid til undersøgelse og vurdering i Socialtandplejen – borgeren ledsages af støttekontaktperson ansat i Frederiksberg Kommune.
- Socialtandplejen vurderer hvilken behandling, der er relevant.

Socialtandplejen

Henrik Steffens Vej 8, 1. sal

1866 Frederiksberg

Telefon: 28 98 44 44

E-mail: socialtandplejen@frederiksberg.dk

I akutte tilfælde udenfor Socialtandplejens åbningstid henvises til Tandlægevagten, Oslo Plads. Telefon: 70 25 00 41