

Rapport

# NATIONAL EVALUERING AF FORLØBSPROGRAMMER FOR BØRN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER

Evaluering af implementering og udbredelse  
af forløbsprogrammer for børn og unge med  
psykiske lidelser

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Introduktion</b>	<b>4</b>
1.1 Baggrund	4
1.2 Formål	4
1.3 Resultater – sammenfatning	5
1.3.1 Indhold i og implementering af forløbsprogrammerne	5
1.3.2 Udfordringer og muligheder i implementeringen af forløbsprogrammerne	6
<b>2. Evalueringsdesign</b>	<b>10</b>
2.1 Evalueringsramme	10
2.1.1 Del 1: Målgruppe	12
2.1.2 Del 2: Samarbejde og koordination	12
2.1.3 Del 3: Graduerede indsatser og organisering	12
2.1.4 Del 4: Implementering og opfølgning	13
2.2 Metoder og materiale	14
2.2.1 Dokumentgennemgang af forløbsprogrammer	14
2.2.2 Fokusgruppe- og individuelle interviews med fagpersoner og forældre	14
2.2.3 Analyse af projektregistrerede data	16
2.2.4 Gennemgang af sagsaudit	17
2.2.5 Samlet dataoverblik	17
2.3 Ny COVID-19	19

ISBN: 978-87-993289-2-5

Udgivet af Implement Press  
Udarbejdet af Implement Consulting Group  
Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen

Udgivet 2021

<b>3.</b>	<b>Resultater</b>	<b>20</b>
3.1	Indhold	20
3.1.1	Tværgående sammenfatning	20
3.1.2	Region Hovedstaden og kommuner	22
3.1.3	Region Midtjylland og kommuner	24
3.1.4	Region Nordjylland og kommuner	26
3.1.5	Region Sjælland og kommuner	30
3.1.6	Region Syddanmark og kommuner	32
3.2	Implementering	34
3.2.1	Målgruppe	35
3.2.2	Samarbejde og koordination	40
3.2.3	Graduerede indsatser og organisering	56
3.2.4	Implementering og opfølgning	66
3.3	Udviklingsbehov og yderligere implementeringsbehov	72
3.3.1	Målgruppe	73
3.3.2	Samarbejde og koordination	74
3.3.3	Graduerede indsatser og organisering	75
3.3.4	Implementering og opfølgning	77
<b>4.</b>	<b>Konklusion og afrunding</b>	<b>79</b>
4.1	Konklusion	79
4.2	Anbefalinger	82
4.2.1	Forløbsprogrammer generelt	82
4.2.2	Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser	82

# 1. Introduktion

## 1.1 Baggrund

Som led i satspuljeaftalen på sundheds- og ældreområdet for 2017-2020 blev der afsat midler til udarbejdelse af følgende tre nationale forløbsprogrammer, som Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2017:

- Forløbsprogram for børn og unge med ADHD
- Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse
- Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression

Der blev endvidere afsat 34 mio. kr. i 2018-2020 til en pulje vedrørende implementering og udbredelse af disse forløbsprogrammer i regioner og kommuner.

Forløbsprogrammer skal i denne sammenhæng sikre, at børn og unge med psykiske lidelser – og deres familie – oplever et sammenhængende forløb, hvor den sundheds-, socialfaglige samt pædagogiske indsats i forløbet hænger sammen og supplerer hinanden – lige fra opsporing over udredning til behandling samt løbende opfølgning på behov og indsatser. Kvaliteten af en sådan sammenhæng har hidtil været oplevet varierende. Det skyldes blandt andet, at regionerne, praksissektoren og kommunerne er organiseret forskelligt omkring opgaverne, og de har forskellig brug for og adgang til faglige kompetencer.

En afgørende præmis for evalueringsdesignet er, at et nationalt forløbsprogram som koncept er meget abstrakt – at det er tænkt som en ramme for at lave lokale aftaler mellem aktører om de forhold, der er fælles anliggender set i forhold til en bestemt målgruppe. Det overordnede formål er – gennem aktørernes relationer og indbyrdes kendskab til hinanden – at forbedre særligt de tværfaglige og tværsektorielle aspekter af målgruppens forløb og opnå afledte kvalitetsmæssige forbedringer for de enkelte personer i målgruppen. Den relevante primære vidensinteresse for evalueringen er dermed at vurdere udviklingen af relationerne mellem de lokale aktører, set i forhold til hvilke relationer der forventes at være etableret. Dernæst kan evalueringen søge at belyse, hvilke afledte effekter forløbsprogrammet måtte have.

Evalueringen skal dermed primært omhandle samarbejdsforholdene mellem de relevante aktører og kun indirekte på behandlingsresultater for de konkrete børn/unge i det konkrete indsatsforløb.

## 1.2 Formål

Formålet med evalueringen er ”at få viden om, i hvilken grad forløbsprogrammerne er blevet implementeret, herunder udfordringer og gode løsninger med implementeringen. Desuden skal udledes anbefalinger til fremtidig implementering eller udbredelse af forløbsprogrammer til andre målgrupper o.l.”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Fra udbudsmaterialet.

Evalueringen af projekterne omhandlende forløbsprogrammer for børn og unge med henholdsvis ADHD, spiseforstyrrelser samt angst og/eller depression skal besvare følgende undersøgelsesspørgsmål, hvoraf det sidste sigter efter udarbejdelse af anbefalinger:

1. Hvilket indhold er de lokalt tilpassede forløbsprogrammer blevet givet?
  - Herunder også beskrivelse af afvigelser/mangler i forhold til de nationale forløbsprogrammer samt afdækning af årsager til disse.
2. I hvilken udstrækning er forløbsprogrammerne implementeret?
  - Herunder også udfordringer og gode løsninger i implementeringen af forløbsprogrammerne.
3. Hvad er de centrale implementerings- og udviklingsbehov?
  - Herunder også forslag til tiltag, som det vil være hensigtsmæssigt at arbejde videre med nationalt og/eller lokalt.

### **1.3 Resultater – sammenfatning**

I dette afsnit sammenfattes evalueringens vigtigste resultater.

Indledningsvist er det væsentligt at understrege, at de fem gennemførte projekter har meget forskelligt indhold, er implementeret på meget forskellig vis og med meget forskelligt omfang. Dette giver samlet set en stor kompleksitet i evalueringen og i de konklusioner, der kan udledes af de enkelte projekter. I dette afsnit er det kun de mest centrale resultater, der nedenfor opsummeres i punktform. En mere udførlig gennemgang kan findes i de tværgående sammenfatninger i rapportens kapitler og naturligvis i konklusionen i afsnit 4.

Nedenfor præsenteres først et overblik over, hvilke dele af anbefalingerne i forløbsprogrammerne det igennem projekterne er lykkedes at sætte fokus på, og hvilke dele der i mindre grad er arbejdet med. Dernæst gennemgås de mest centrale udfordringer og muligheder inden for disse under tre overskrifter:

- COVID-19
- Rammer for implementering
- Elementer i forløbsprogrammerne

Implement har på baggrund af erfaringerne fra de fem projekter formuleret en række konkrete anbefalinger til det videre arbejde med at skabe sammenhæng i indsatsen. Disse er præsenteret samlet i afsnit 4.2 og ikke gengivet i deres fulde ordlyd her for at undgå gentagelser.

#### **1.3.1 Indhold i og implementering af forløbsprogrammerne**

- Ingen af projekterne har implementeret indholdet fra forløbsprogrammerne bredt hos alle relevante aktører, samtidig med at det er lykkedes at indføre omfattende ændringer. Dette betyder også, at der er begrænsede erfaringer med virkningen af en styrket sammenhængende tværsektoriel praksis.

- Forløbsprogrammernes anbefalinger om målgrupperne er kun implementeret i meget begrænset omfang. Det er generelt fundet mere meningsfuldt at arbejde med en bredere målgruppe, hvor fokus har været på børn og unge med psykiske lidelser generelt.
- Det er i høj grad på tværs af de fem projekter lykkedes at dagsordenssætte og iværksætte tiltag, der skal styrke det tværsektorielle samarbejde og koordinering. Tværgående samarbejde og koordination har flere steder været det primære fokus i forbindelse med implementering af forløbsprogrammerne. I alle regioner og kommuner er der arbejdet med en klar ambition om, at samarbejdet generelt skal styrkes mellem den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale indsats. Almen praksis har dog kun været inddraget i begrænset omfang, da der ofte opleves udfordringer med at inddrage almen praksis som sektor.
- Der ses en meget stor variation på tværs af de fem projekter, i forhold til hvor og hvordan fokus i arbejdet med graduerede indsatser er lagt. Der har generelt været større vægt på overgangene mellem trinene end på den faglige indsats. Hvor der har været arbejdet med den faglige indsats, har dette typisk været på Trin 1 og 2 og på processerne omkring vurdering og udredning på de enkelte trin.
- I alle projekter er der fokus på tværgående kompetenceudvikling, der dog er grebet endog meget forskelligt an og spænder fra tværgående undervisningsprogram på tværs af kommuner og region til opkvalificering af kommunalt personale gennem eksemplets magt.
- Der er meget stor variation i, hvordan forankringen af arbejdet efter projektperioden er grebet an, og spænder fra et omfattende arbejde med at beskrive kommende procedurer ved at inkludere disse direkte i samarbejdsaftaler mellem regionen og kommunerne til at oprette nye tværsektorielle organisatoriske enheder.

### **1.3.2 Udfordringer og muligheder i implementeringen af forløbsprogrammerne**

Projekterne har oplevet en række forskellige udfordringer i arbejdet med at implementere forløbsprogrammernes anbefalinger og har gjort sig erfaringer med at overkomme flere af disse. Udfordringer og muligheder falder under tre temaer, der kort sammenfattes nedenfor. Det drejer sig om udfordringerne, som situationen med COVID-19 har medført, om de rammer, som ansøgningspuljen og forløbsprogrammerne har lagt for arbejdet, og endelig om de enkelte elementer i forløbsprogrammerne.

#### **1.3.2.1 COVID-19**

- Flere af projekterne er blevet forsinket og efterfølgende forlænget grundet COVID-19.
- COVID-19 har i praksis betydet en omlægning af mange aktiviteter til onlineformat samt udskydelse af planlagte aktiviteter. Særligt er kompetenceudviklingsaktiviteter blevet ramt, og udbyttet af de tværgående aktiviteter er ikke oplevet optimalt.

#### **1.3.2.2 Rammer for implementeringsarbejdet**

- De nationale forløbsprogrammer opfattes som en meget bred ramme med et stort lokalt fortolkningsrum.

- På tværs af alle de fem projekter er det tilbagemeldingen, at det samlede arbejde med alle forløbsprogrammernes anbefalinger er et større projekt, der tager både tid og ressourcer. Det vurderes ikke muligt inden for den tidsramme, der har været i projektet, at nå i mål med det hele, hvorfor man på tværs i større eller mindre grad har arbejdet med anbefalingerne som retningsgivende. I de enkelte projekter har projektledelserne valgt at prioritere at implementere anbefalinger dér, hvor man har vurderet, at der var størst potentiale i forhold til en styrket praksis.
- Behovet for lokal fokusering har betydet, at der i flere projekter er brugt lang tid på indledende afklaring – enten igennem nedsættelse af tværsektorielle arbejdsgrupper, fælles udviklingsarbejde eller etablering af tværgående baseline som afsæt for at kunne implementere forløbsprogrammernes anbefalinger.
- For i højere grad at kunne implementere anbefalingerne i forhold til såvel koordination og samarbejde som graduerede indsatser kan det overvejes at tænke i en egentlig afklarende og opkvalificerende indledende fase i et implementerings- eller udrulningsforløb. En afklarende fase, hvor der udarbejdes en modenhedsvurdering, hvor man kigger på tværs af kommuner og regional psykiatri samt almen praksis og afdækker såvel samarbejdsflader og -aftaler, systematik i arbejdsgange, indsatsvifte og specialiseret viden i forhold til målgrupperne på tværs af de forskellige trin i den graduerede indsats.
- Der er generelt oplevet en udfordring i forhold til at sikre stabile organisatoriske rammer for de tværsektorielle projekter – hvilket har fordret mange ressourcer, stærk processtøtte og projektledelse.
- I forhold til den fremadrettede videre udrulning af forløbsprogrammerne fremhæves det på tværs af projekter, at tid, organisatoriske ressourcer, processtøtte samt ledelsesmæssig prioritering er noget, der bør lægges stor vægt på.

### **1.3.2.3 Delelementerne i forløbsprogrammerne**

#### **Målgrupper**

- På tværs af alle regionerne er der i større eller mindre grad arbejdet bredere med målgrupperne, end der lægges op til med forløbsprogrammerne – både fordi systematikken og strukturen i forhold til graduerede indsatser og styrket samarbejde på tværs vurderes at give mening for alle forløb for børn og unge med psykiske lidelser
  - og fordi man ikke ved opstarten af et forløb nødvendigvis kan placere barnet eller den unge inden for en diagnosegruppe. Opdelingen i diagnosegrupper giver i praksis mest mening på Trin 3 i indsatsen og kun i meget begrænset omfang på Trin 1, 2 og 4.
- For alle fem projekter gælder det, at det ikke har været prioriteret at opgøre omfang og udvikling i de tre diagnosegrupper eller indsamle mere målrettet og nuanceret viden om målgrupperne på tværs af regioner og kommuner.

- Diagnosefokus er med til at kaste lys over eventuelle huller i særligt den kommunale indsatsvifte på de tidlige trin for de enkelte målgrupper. Her lader det til, at børn og unge med spiseforstyrrelser er en særlig målgruppe, hvor det kun i mindre omfang er kommunerne, der opsporer udfordringerne hos det enkelte barn og kun i mindre grad har målrettede tilbud til disse børn.
- Der peges i flere projekter på, at særligt gruppen af børn og unge med autisme-spektrumsforstyrrelser bør inkluderes i arbejdet med at skabe større tværsektoriel sammenhæng i indsatsen, da netop denne gruppe fylder meget i det tværsektorielle samarbejde.
- Det bør fremadrettet overvejes, om der er behov for diagnosegruppespecifikke forløbsprogrammer, eller der i stedet kan arbejdes med et generisk forløbsprogram for børn og unge med psykiske lidelser, der kan suppleres med diagnosespecifikke faglige retningslinjer.

### Samarbejde og koordination

- Det har i alle projekter vist sig, at en manglende viden på tværs af sektorer om muligheder, rammer samt indsatser og behandlingsforløb står i vejen for at tilbyde sammenhængende og koordinerede forløb.
- Det har været afgørende at få opbygget strukturer for det grundlæggende samarbejde samt at få etableret arbejdsgange og understøttende værktøjer til at sikre ensartethed og systematik på tværs – blandt andet i forbindelse med henvisninger, statusnotater og referater fra tværgående møder. Endvidere har særligt en styrkelse af netværksmødet som løsning været gennemgående. Også den faste kontaktperson i begge sektorer har fyldt i de fleste projekter.
- Der er flere steder arbejdet med styrket samarbejde og koordinering internt i kommunerne og på tværs af fagområder. Særligt på tværs af børnefamilieområdet og skoleområdet, herunder PPR, er det flere steder blevet tydeligt, at kommunikationen og sammenhængene ikke nødvendigvis er veletablerede, hvorfor der her vurderes at være væsentlige potentialer i forhold til yderligere at understøtte sammenhængende og koordinerede forløb.
- Derudover har der i flere projekter været et særskilt fokus på at lette kommunernes adgang til sparring fra den regionale børne- og ungdomspsykiatri.
- De foreløbige erfaringer fra implementeringsforløbene peger på, at en øget viden om muligheder og afhængigheder på tværs i sig selv gør en væsentlig forskel i forhold til oplevelsen af sammenhæng og koordination hos de fagprofessionelle.
- I projekterne peger erfaringerne på, at øget kendskab på personniveau på tværs af sektorerne giver et bedre og mere fleksibelt samarbejde. Dette kan opnås gennem tværgående kompetenceudvikling, men det er også erfaringen, at samarbejdet skal understøttes gennem faste mødeformer og samarbejdsfora.
- Endelig er det en erfaring på tværs, at forholdsvist enkle ændringer i form og indhold på allerede eksisterende strukturer og samarbejdsformer opleves at have en stor effekt i praksis.



### **Graduerede indsatser og organisering**

- En af de største udfordringer i forhold til implementering af forløbsprogrammernes anbefalinger er manglende overblik over den samlede indsatsvifte. Det kan overvejes, i hvilken grad og hvordan arbejdet med at skabe overblik over den samlede indsatsvifte kan understøttes centralt.
- Der opleves en del utydelighed i forhold til særligt Trin 2 – samt overgangen fra og til Trin 1 og 3. Der er en relativt ensartet opfattelse af, at indsatser på Trin 1 hovedsageligt er et kommunalt ansvar, og at indsatser på Trin 3 handler om at supplere med en indsats i den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Mere uklart er det, hvem der mere præcist har ansvaret for at tilbyde en uddybende vurdering og indsats på Trin 2.
- I det ene projekt er der positive erfaringer med at etablere en tværsektoriel enhed, der eksplicit har den uddybende vurdering på Trin 2 som opgave.
- Ligeledes er der flere, der tolker indsatsen på Trin 3 som værende den regionale psykiatri alene.
- Der er således et behov for tydeliggørelse af, hvem der skal tilbyde hvilket niveau af indsats, samt hvordan bevægelsen mellem og inden for det enkelte trin er tænkt i forløbsprogrammerne.

### **Opfølgning og implementering**

- Der er i forløbsprogrammerne ikke en tydelig beskrivelse af, hvordan forløbsprogrammerne tænkes implementeret lokalt, og hvordan de skal forankres organisatorisk. Ligeledes har der ikke i rammerne for ansøgningspuljen været klart definerede forventninger til, hvordan forløbsprogrammerne skulle implementeres. Dette har givet stor variation i tilgangen til særligt implementeringen af forløbsprogrammerne
  - både inden for og efter projektperioden.
- Der er meget begrænsede konkrete erfaringer med denne del af forløbsprogrammernes anbefalinger grundet det begrænsede omfang af afprøvet ny praksis.
- Kompetenceudvikling opfattes på tværs af projekterne som bidragende til en styrket sammenhæng i indsatsen – og til styrket tværsektorielt samarbejde – særligt hvor der har været gennemført kurser med tværsektoriel og tværorganisatorisk deltagelse.

## 2. Evalueringsdesign

### 2.1 Evalueringsramme

Implement har designet en evalueringsramme med fokus på at tilvejebringe viden, der kan bringes i spil i det fremtidige arbejde med både at forbedre indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser og at implementere forløbsprogrammer på andre områder. Evalueringsdesignet er bygget op om besvarelsen af netop de tre undersøgelsesspørgsmål, jf. afsnit 1.1. Herved evalueres arbejdet med implementeringen af forløbsprogrammerne inden for en samlet evalueringsramme bestående af Sundhedsstyrelsens respektive forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser, myndighedskrav til konkrete faglige indsatser samt projekternes forventninger til og planer for egne forløbsprogrammer.

Evalueringsrammen er bygget op om tre elementer, der anvendes til at systematisere belysningen af arbejdet med de tre forløbsprogrammer i de fem projekter.

1. **Evalueringsfokus:** Evalueringsfokus omfatter de fire hovedelementer i forløbsprogrammerne:

IV. Målgruppen for indsatsen

V. Samarbejde og koordination

VI. Graduerede indsatser

VII. Implementering og opfølgning på indsatsen

2. **Evalueringstemaer:** Evalueringstemaerne har afsæt i undersøgelsesspørgsmålene og skal belyse både indhold i og implementering af forløbsprogrammerne. Med *indhold* menes her, hvordan de enkelte fokusområder søges styrket gennem arbejdet med forløbsprogrammer. Konkret beskrives ambitionen for en styrket praksis inden for hvert fokusområde i det enkelte projekt set i forhold til den nationale ambition beskrevet i de tre forløbsprogrammer. Der er her fokus på den praksis, der faktisk søges iværksat mere end de i projektbeskrivelserne formulerede ambitioner. Med *implementering* menes her, i hvilken grad ambitionerne for en styrket indsats er blevet realiseret i praksis, og hvilke erfaringer der har været med barrierer og muligheder for at virkeliggøre den ønskede praksis.

Der er således for hvert af elementerne i evalueringsfokus undersøgt de to evalueringstemaer "indhold" og "implementering".

3. **Evalueringsspørgsmål:** Evalueringsspørgsmålene er de spørgsmål, som konkret stilles til belysningen af "indhold" (i forløbsprogrammerne) og "implementering" (graden af implementering). Disse er i forhold til indholdstemaerne uddraget af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser og i forhold til implementeringstemaerne yderligere inspireret af Socialstyrelsens og Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for psykiske lidelser samt Implements forrådsviden om relevante aspekter af såvel tværsektorielt og tværfagligt samarbejde om borgere med psykiske lidelse og om implementering af større tværgående ramme-koncepter.

Evalueringsrammen fremgår i overblik af nedenstående af figur og beskrives yderligere nedenfor.

Figur 1. Evalueringsramme

Evalueringsfokus		Graduerede indsatser og organisering				Implementering og opfølgning	
Målgruppe		Samarbejde og koordination		Tidlig indsats	Uddybende vurdering og indsats	Udredning, diagnostik og behandling	Opfølgning
Evalueringstema	Eksempler på i evalueringsspørgsmål						
Indhold	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke målgrupper er i fokus?</li> <li>Hvordan defineres målgrupperne?</li> <li>Forekomst af målgruppen?</li> <li>Udvikling ig målgruppen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan arbejdes der med samarbejdet mellem sektorerne?</li> <li>Er der fælles procedurer?</li> <li>Er der tværgående tovholdere mm.?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan kvalificeres den tidlige indsats?</li> <li>Hvordan arbejdes der med opsporing?</li> <li>Hvordan sikres faglig viden hos frontpersonale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke tilbud findes på trin 2?</li> <li>Af hvem og hvordan kan en uddybende vurdering foretages?</li> <li>Hvordan sikres det faglige indhold i den uddybende vurdering?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke krav er der for iværksættelse af udredning/diagnosticering?</li> <li>Hvordan sikres koordination ved parallelle indsatser?</li> <li>Er der procedurer for tværsektoriel orientering?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er der fælles retningslinjer for opfølgning på og justering af iværksatte indsatser?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke formelle aftaler indgås om det tværsektorielle samarbejde?</li> <li>Hvilke kompetencer søges styrket hos hvem?</li> <li>Hvordan sikres opfølgning på sammenhængen?</li> </ul>
Implementering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er der indført praksis for opgørelse af forekomst målgrupperne?</li> <li>Er der indført praksis for monitorering af målgruppernes udvikling?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I hvor høj grad og hvor bredt er der indført ny praksis for samarbejdet mellem de relevante parter?</li> <li>Hvad er lykkedes og hvad er ikke lykkedes?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I hvor høj grad og hvor bredt er der indført ny praksis?</li> <li>I hvilke kommuner og for hvilke målgrupper?</li> <li>Hvilken forskel har den ny praksis gjort?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I hvilken grad er der overblik over tilbuds-viften?</li> <li>I hvilken grad er der implementeret nye procedurer for henvisning til den regionale psykiatri?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Udvikling i antal afviste henvisninger</li> <li>Udvikling i problemtængde</li> <li>Udvikling i tid fra udredning til indsats</li> <li>Grad af gensidig orientering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I hvilken grad er der kendskab til retningslinjer og arbejds-gange?</li> <li>Oplever familierne sig hjulpet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I hvilken grad er der truffet gensidigt forpligtigende beslutninger om samarbejdet</li> <li>For hvor mange og med hvilket udbytte er der gennemført kompetence-udvikling?</li> </ul>

### 2.1.1 Del 1: Målgruppe

**Indhold:** Evalueringen af ”målgruppe” handler om at afdække, hvordan målgrupperne defineres, og om – og i så fald hvordan – de beskrives som fælles målgruppe på tværs af de deltagende aktører i de enkelte projekter. Beskrives målgruppen gennem diagnoser, adfærdsvanskeligheder, trivsel eller andet? Opgøres der antal, udvikling, demografi, geografi eller andet?

**Implementering:** Evalueringsspørgsmål handler om at afdække, i hvilket omfang der er indført en fast systematisk praksis i regioner og kommuner, hvor viden om målgrupperne anvendes som en del af grundlaget for at planlægge og dimensionere indsatserne til forskellige subpopulationer. Ligeledes skal det afdækkes, i hvilken grad der er indført en praksis i regioner og kommuner, hvor udviklingen i den faktiske population i forhold til kapaciteten i støtte og behandling løbende vurderes, og kapacitet kan tilpasses.

### 2.1.2 Del 2: Samarbejde og koordination

**Indhold:** I denne del afdækkes det, hvordan og i hvilket omfang der arbejdes med at styrke det generelle samarbejde mellem de relevante aktører, jf. anbefalingerne i forløbsprogrammerne. Evalueringsspørgsmålene sigter efter at kortlægge, hvilke tiltag der gennemføres for at styrke det generelle samarbejde på tværs af kommuner, region, almen praksis og børn, unge og deres familier. Det kan handle om skriftlige aftaler, faste samarbejdsprocedurer og aftaler om tovholderfunktioner.

**Implementering:** Evalueringsspørgsmålene søger at afdække, hvor langt man er kommet med at gøre ambitionerne til virkelighed. Det handler således både om at vurdere, hvor langt man er kommet i det enkelte projekt, og hvor bredt og dybt implementeringen af ny praksis spænder. Her vil der være et særligt fokus på, i hvor høj grad kommunerne i regionen er omfattet af den nye praksis, og hvor store forandringerne er i kommunerne og regionen.

### 2.1.3 Del 3: Graduerede indsatser og organisering

Generelt handler det om at afdække, i hvilken grad og hvordan der arbejdes med at sikre graduerede indsatser for børn og unge med psykiske lidelser.

#### 2.1.3.1 Tidlig indsats (Trin 1)

**Indhold:** Evalueringsspørgsmål vil her søge at afdække, hvordan der arbejdes med at kvalificere den tidlige indsats gennem systematisk opsporing af børn og unge med behov for støtte eller behandling og vurdering af støttebehov. Ligeledes vil der være fokus på, om der arbejdes med at kvalificere den konkrete faglige indsats for børn og unge samt deres familier, ligesom der er fokus på det tidlige samarbejde mellem kommune og almen praksis.

**Implementering:** Evalueringsspørgsmålene skal her afdække, i hvilken grad ambitionerne er indfriet. Det drejer sig fx om, hvor mange kommuner der arbejder med områderne, hvor bredt samarbejdet er etableret, om der er indgået konkrete samarbejdsaftaler, og hvor omfattende de tre målgrupper er dækket af indsatsen.

### 2.1.3.2 Uddybende vurdering og indsats (Trin 2)

**Indhold:** Her er det centralt at afdække, i hvilken grad der er arbejdet med – og defineret – relevante specialiserede faglige indsatser. Arbejdes der i praksis med tydelig adskillelse af Trin 1 og 2 i den kommunale praksis? Er der identificeret områder, der bør være særligt fokus på? Og hvordan arbejdes der med en vurdering af, i hvilken grad den faglige indsats er tilstrækkelig. Ligeledes vil der være fokus på at beskrive, hvordan der arbejdes med at styrke samarbejdet omkring henvisning til psykiatrisk udredning og behandling ved børne- og ungdomspsykiatrien eller specialpraktiserende psykiatere.

**Implementering:** Evalueringsspørgsmålene skal her afdække, i hvilken grad ambitioner om styrket faglig indsats og styrket samarbejde om sparring, vurdering og henvisning er realiseret på tværs af region, kommuner og målgrupper. Er der fx oprettet nye typer af specialiserede tilbud?

### 2.1.3.3 Udredning, diagnostik og behandling (Trin 3)

**Indhold:** Her vil der være særligt fokus på at afdække, hvordan der arbejdes med at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, når der konstateres behov for udredning, diagnosticering eller behandling i den regionale psykiatri. Da der ofte her vil være behov for en sideløbende indsats i både regionalt og kommunalt regi, skal det afdækkes, i hvilken grad og hvordan der arbejdes med at skabe sammenhæng i parallelle indsatser.

**Implementering:** Også her vil der være fokus på, i hvilken grad ambitionerne om styrket sammenhæng omfatter relevante afdelinger, kommuner, forvaltninger og målgrupper. Det søges afdækket, i hvilken grad arbejdet med projektet har ført til konkrete ændringer i praksis på såvel regionalt som kommunalt niveau.

### 2.1.3.4 Opfølgning (Trin 4)

**Indhold:** Nøglespørgsmålene drejer sig her om at afdække, i hvilken grad og hvordan der har været arbejdet med at sikre løbende opfølgning på barnets/den unges udvikling i støttebehov og symptomer efter afsluttede indsatser. Ligeledes skal det afdækkes, hvordan der arbejdes med opfølgning på eventuel farmakologisk behandling.

**Implementering:** Evalueringsspørgsmålene sigter efter at kortlægge, i hvilken grad en ny praksis er iværksat, og hvor bredt og dybt denne praksis er implementeret hos relevante aktører.

## 2.1.4 Del 4: Implementering og opfølgning

**Indhold:** Evalueringsspørgsmålene kortlægger, hvordan der arbejdes med fælles kompetenceudvikling på hvilke områder. Ligeledes afdækkes det, hvordan samarbejdet om ambitionerne i forløbsprogrammerne på tværs af region, kommuner og almen praksis gribes an. Der er fx spurgt til ambitioner om fælles dokumenter, beslutningsprocedurer og fremtidig organisatorisk forankring af samarbejdet.

**Implementering:** Evalueringsspørgsmålene anvendes til afdækning af, i hvilken grad en fælles kompetenceudvikling er gennemført på hvilke områder og for hvilke aktører. Ligeledes afdækkes det, i hvilken udstrækning der er truffet gensidigt forpligtigende beslutninger om det fremtidige samarbejde om sammenhæng i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser.

## 2.2 Metoder og materiale

I opgaveløsningen anvendes en mixed methods-tilgang, der kombinerer forskellige kilder, dataindsamlings- og analysemetoder, som svarer til undersøgelsesspørgsmålenes forskellige karakter. Det skal samtidig også nævnes, at de fem projekter, der udgør genstanden for evalueringen, er meget forskellige og har fokuseret på forskellige dele af forløbsprogrammerne. Dette betyder også, at det varierer fra projekt til projekt, hvilke typer af data der er relevante og tilgængelige, og hvordan disse er indsamlet. Nedenfor gives et overblik over, hvilke data der er indsamlet fra hvilke datakilder i de fem projekter.

Der har i alle projekter været meget begrænset mulighed for at inddrage relevante objektive registerdata. Kombinationen af de forskellige metoder og datakilder muliggør, at der alligevel gennem en metodemæssig triangulering opnås et samlet og helhedsorienteret billede af projekternes indhold og implementeringsgrad.

### 2.2.1 Dokumentgennemgang af forløbsprogrammer

Med evalueringen gennemføres en dokumentgennemgang (som en kvalitativ metode) af de lokale dokumenter, der er udviklet inden for rammerne af de enkelte projekter. Disse vurderes i forhold til de ovenfor præsenterede evalueringsspørgsmål.

Hermed vil det indikeres, hvordan den lokale (det vil sige deltagende regionale og kommunale) beskrivelse af tiltag til at sikre det gode tværsektorielle samarbejde om indsatsen for de tre målgrupper modsvarer det nationale forløbsprogram. Samtidig vil gennemgangen give eksempler på, hvordan ambitionerne fra forløbsprogrammerne konkret kan udmøntes.

Kun i ét af de fem projekter er implementering af forløbsprogrammet blevet tolket som formulering, vedtagelse og implementering af et samlet dokument, der indeholder de centrale elementer af det nationale forløbsprogram. Der indsamles derfor flere forskellige dokumenter, der er udviklet som en del af de gennemførte projekter. Det kan fx være arbejdsgangsbeskrivelser, visitationskriterier og standardskabeloner. I den ene region, hvor der arbejdes med en samlet beskrivelse af forløbsprogrammet, er dette arbejde ikke færdiggjort. Derfor kan der kun konkluderes tentativt på dette materiale.

Der er endvidere i nogen grad inddraget procesdokumenter, der beskriver selve projektaktiviteterne. Disse er inddraget som supplement til interviews med projektledelserne og indgår således ikke som selvstændige analyseobjekter.

Dokumentgennemgangen kan ikke i sig selv vise, i hvilken grad og hvordan de beskrevne procedurer og aftaler er eller påtænkes udmøntet i praksis. Derfor udgør gennemgangen af dokumenterne blot én kilde i evalueringen, der suppleres med andre.

### 2.2.2 Fokusgruppe- og individuelle interviews med fagpersoner og forældre

Der er gennemført fokusgruppe- og individuelle interviews blandt fagpersoner fra de forskellige aktører og forældre i målgrupperne.

For hvert projekt er der gennemført et antal interviews med projektledelserne, projektmedarbejdere og berørte samarbejdspartner. Disse er som udgangspunkt gennemført som fokusgrupper, i det omfang dette har kunnet lade sig praktisk gøre, men er i flere tilfælde blevet suppleret med enkeltinterviews.

Hvor mange informanter der er gennemført interviews med, fremgår af nedenstående skematisk oversigt. Deltagerne er udvalgt af projektledelsen i hvert enkelt projekt.

I de fem projekter er der i varierende omfang gennemført interviews med repræsentanter for:

- Regioner:
  - Børne- og ungdomspsykiatrien – læger, sygeplejersker, socialrådgivere og psykologer udpeget af regionen.
- Kommuner:
  - Børne- og familieområdet – psykologer, socialrådgivere og pædagogisk personale udpeget af kommunerne.
  - Skoledagtilbudsområdet – psykologer, lærere og pædagogisk personale udpeget af kommunerne.
  - Sundhedsområdet – sundhedsplejersker udpeget af kommunen.
- Praksissektor:
  - Praktiserende læger udvalgt af praksiskonsulenterne tilknyttet kommunerne.
- Ny tværsektoriel enhed – Bakkehuset
  - Læge, sygeplejerske, socialrådgiver, psykolog og lærer udpeget af den tværsektorielle enhed.

Det fremgår af oversigtstabellen nedenfor, hvilke funktioner der har været gennemført interviews med repræsentanter for i det enkelte projekt.

I alle interviews er der spurgt til såvel den ønskede nye praksis (indhold), og til hvordan og i hvilket omfang den nye praksis er iværksat i den daglige drift (implementering).

Der er ligeledes søgt gennemført interviews med forældre til børn og unge. Disse er gennemført som enkeltinterviews. Det er et begrænset antal forældre, der er interviewet (eller på anden vis indhentet data om), og data skal derfor ikke anvendes som udgangspunkt for generelle konklusioner, men som illustrative eksempler på konkrete forløb for de berørte familier. Alle interviews er gennemført med en forælder til et barn/ung, der har haft et forløb med kontakt med region, almen praksis og/eller kommune.

I de enkelte projekter er der stor variation i, i hvor høj grad der er implementeret en ny praksis. I nogle projekter repræsenterer interviews derfor data om de eksisterende udfordringer, og i andre repræsenterer data barnet/den unges og deres forældres/pårørendes oplevelse af den nye praksis. Det fremgår af nedenstående oversigt, hvor mange der har været interviewet, og hvilken praksis (eksisterende eller ny) interviewene illustrerer.

Det er en vigtig præmis for tolkningen af data, at kontakten til de interviewede forældre er opnået gennem projekterne, og at der derfor ikke er tale om tilfældigt udvalgte forældre. Projekterne er blevet bedt om at udvælge relevante familier til interviews med henblik på så vidt muligt at dække alle tre diagnosegrupper og så vidt muligt have haft forløb, der involverede både kommune, regional psykiatri og almen praksis.

Det relativt lille antal interviews med forældre og den bias, der ligger i, at det er repræsentanter for projekterne selv, der har udvalgt informanterne, betyder, at udsagn fra de interviewede forældre ikke kan opfattes som repræsentative for forældres generelle oplevelser af mødet med læge, kommune og region i forbindelse med deres børns psykiske lidelser. Udsagn fra interviews anvendes derfor som *illustration* af, hvordan oplevelsen af kontakt med kommune, læge og region kan være, og der laves ikke generelle konklusioner på baggrund af disse data alene.

Grundet COVID-19-situationen er alle interviews gennemført online eller telefonisk. Særligt i forhold til interviews med forældre til børn og unge med psykiske lidelser har det været nødvendigt at tilpasse dataindsamlingen i forhold til aktiviteterne og implementeringsgraden i det enkelte projekt. Således er der i projektet i Region Syddanmark gennemført interviews med forældre som et led i projektaktiviteterne, hvorfor det ikke vurderedes at være muligt at finde nye forældre, der ville være klar til at stille op til yderligere interviews. Derfor anvendes her projektets eget interviewmateriale, der er indsamlet som meningskondenseringer af de gennemførte interviews. I Region Nordjylland vurderedes det ikke muligt at identificere relevante forældre/pårørende, der havde konkrete erfaringer med ny praksis, da denne ikke har været implementeret endnu.

### 2.2.3 Analyse af projektregistrerede data

På baggrund af indledningsvist opstillede forandringsteorier for hvert af de fem projekter er der udpeget relevante indikatorer for aktiviteter og resultater af projekterne. De enkelte projekter har indsamlet data, der kan belyse udviklingen på baggrund af disse indikatorer.

De indsamlede data belyser omfang af gennemførte kompetenceudviklingsaktiviteter, data om henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien og for et enkelt projekt før og efter-målinger af trivselsniveau m.m. hos familier, der har modtaget støtte i en tværsektoriel enhed. Det fremgår af oversigtstabellen nedenfor, hvilke projektregistreringer der har været gennemført i hvert enkelt projekt.

Målet med indsamlingen af de projektregistrerede data er at etablere et faktisk og database-ret element i den samlede evaluering, som kan supplere de kvalitative informationer.

For det ene projekt, hvor det har været muligt at indsamle før og efter-målinger af familiernes egne oplevelser af trivsel, anvendes disse til at sandsynliggøre positive resultater af den iværksatte indsats. Dette sammenholdes med de øvrige elementer i evalueringen for at tegne et samlet billede.

Det har ikke været muligt at gennemføre en samlet registerbaseret dataanalyse. Årsagerne til dette er primært projekternes lokale organisering, hvor kun et mindre antal kommuner i varierende omfang har været med i projekterne, ligesom det i praksis ikke har været muligt at sortere på netop de tre diagnosegrupper i forhold til henvisninger. Endelig har den store variation i – og i flere projekter forsinkede eller manglende – implementering af ny praksis betydet, at der ikke inden for projektperioden vil kunne observeres en udvikling, der ville være observerbar gennem data fra de centrale registre.



## 2.2.4 Gennemgang af sagsaudit

Der gennemføres studier af konkrete forløb for børn og unge samt deres forældre/pårørende inden for hver af forløbsprogrammernes målgrupper med henblik på at belyse, hvordan der i praksis er skabt eller kan skabes større sammenhæng i børnenes/de unges forløb.

Graden af implementering er her afgørende for, hvad data kan belyse. I de projekter, hvor der helt eller delvist er indført ny praksis, kan data anvendes til at anskueliggøre, hvad den nye praksis betyder for sammenhængen i de konkrete forløb. I de projekter, hvor implementeringen ikke er så langt, at den nye praksis kan forventes at have haft betydning for konkrete sagsforløb, kan data om sammenhængen i konkrete caseforløb være med til at pege på, hvor der er potentiale for at styrke praksis. I disse projekter kan denne type data derfor være med til at etablere et databaseret udgangspunkt eller en baseline for arbejdet med implementering af forløbsprogrammerne.

I tre af projekterne er der anvendt en auditbaseret tilgang, hvor der i de enkelte projektgrupper er indsamlet data om op til ni konkrete forløb. Der indsamles data om hændelser og kontakter over tid set ud fra de involverede aktørers konkrete sagshistorik. På baggrund af den indsamlede data er der besvaret en række standardiserede spørgsmål, der alle tager udgangspunkt i forløbsprogrammernes anbefalinger.

## 2.2.5 Samlet dataoverblik

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Dokumenter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nordjysk forløbsmodel, depression (foreløbig)</li> <li>• Nordjysk forløbsmodel, ADHD (foreløbig)</li> <li>• Nordjysk forløbsmodel, angst (foreløbig)</li> <li>• Redigerbar forløbsmodel 1.0 (foreløbig)</li> <li>• Skabelon, lokal forløbsmodel 1.0 (foreløbig)</li> <li>• Henvvisningsskabelon (foreløbig)</li> <li>• Samarbejdsaftale om børn og unge med sindslidelse (kommenteret)</li> <li>• Beslutningsnotat 1: Forløb og kontaktflader undervejs på Trin 3 (ufærdigt)</li> </ul>	SoS-skema for spiseforstyrrelser	Ingen	Beslutningsoplæg og referat i forbindelse med permanentgørelse af Bakkehuset	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BUC-guide</li> <li>• PPR-guide</li> <li>• Rådgiverguide</li> <li>• Ansvarlig kontaktperson i BUC</li> <li>• Ansvarlig kontaktperson i kommunerne</li> <li>• Skabelon for underretning, ambulatorier (BUC)</li> <li>• Beskrivelse af netværksmøder</li> <li>• Invitation til netværksmøder med rollebeskrivelser</li> </ul>



	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
<b>Interviews med professionelle</b>	I alt 10 informanter fra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommuner: <ul style="list-style-type: none"> <li>– PPR</li> <li>– Børne- og familieområdet</li> <li>– Sundhedsplejen</li> <li>– Projektleder (udviklingskonsulent)</li> </ul> </li> <li>• Regional børne- og ungdomspsykiatri</li> </ul>	I alt 18 informanter fra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommuner: <ul style="list-style-type: none"> <li>– PPR</li> <li>– Børne- og familieområdet</li> <li>– Sundhedsplejen</li> <li>– Projektleder (udviklingskonsulent)</li> </ul> </li> <li>• Regional børne- og ungdomspsykiatri</li> </ul>	I alt 12 informanter fra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommuner: <ul style="list-style-type: none"> <li>– PPR</li> <li>– Børne- og familieområdet</li> <li>– Sundhedsplejen</li> </ul> </li> <li>• Regional børne- og ungdomspsykiatri</li> <li>• Almen praksis</li> </ul>	I alt 15 informanter fra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommuner: <ul style="list-style-type: none"> <li>– PPR</li> <li>– Børne- og familieområdet</li> <li>– Skole</li> </ul> </li> <li>• Regional børne- og ungdomspsykiatri</li> <li>• Bakkehuset</li> </ul>	I alt 18 informanter fra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommuner: <ul style="list-style-type: none"> <li>– PPR</li> <li>– Børne- og familieområdet</li> <li>– Projektleder (udviklingskonsulent)</li> </ul> </li> <li>• Regional børne- og ungdomspsykiatri</li> </ul>
<b>Data om forløb</b>	Skriftlig opsamling af fortællinger om tværsektorielle psykiatriløb fra nordjyske bruger- og pårørende-foreninger (ingen ny praksis)	Interviews med fire forældre (ingen tydelig reference til ny praksis)	Meningskondensering fra to interviews med forældre (ingen ny praksis)	Interviews med to forældre (om ny praksis)	Interviews med to forældre (om ny praksis)
<b>Projektregistreringer</b>	Procesdokumenter/ arbejdsdokumenter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluering af kompetenceforløb</li> <li>• Registrering af deltagere i kompetenceudvikling</li> <li>• Data om henvisninger og udredningstider</li> <li>• Registrering af sparring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien</li> <li>• Program for temadag</li> <li>• Slides fra temadag</li> <li>• Opsamling fra temadag</li> <li>• Oversigt over deltagere på temadag</li> <li>• Oversigt over deltagere i kompetenceudvikling</li> <li>• Projektaktivitetsoversigt</li> <li>• Notat om status på implementering af børne- og ungeaftale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienter fordelt efter kommune</li> <li>• Patientregistreringer i spørgeskema (herunder SDQ) ved start og slutning af forløb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreringsdata om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien</li> <li>• Registrering af kompetenceudviklingsaktiviteter</li> </ul>
<b>Data om sammenhæng i konkrete forløb (audit/spørgeskema/interview)</b>	Der er ikke indsamlet casespecifikke data	Auditskema for ni forløb for børn/unge og deres forældre/pårørende	Interview med projektmedarbejder om analyse gennemført på fire borgerforløb	Auditskema for seks forløb for børn/unge og deres forældre/pårørende	<p>Kvantitative opgørelser over besvarelse af spørgeskema til kommunale tovholdere</p> <p>Kvalitative kommentarer fra spørgeskemabesvarelserne</p>
<b>Øvrigt</b>	Spørgeskemabesvarelser om baseline for det tværsektorielle samarbejde			Deltagelse i temadag om resultaterne i Bakkehuset	

### 2.3 Ny COVID-19

Projekterne og evalueringen af arbejdet med disse er gennemført i en særlig periode for Danmark generelt og for det danske sundhedsvæsen i særdeleshed. Dette har haft konsekvenser for både projekterne og evalueringen. For projekterne har det betydet en omlægning af mange aktiviteter til onlineformat, men også udskydelse af planlagte aktiviteter. Særligt er kompetenceudviklingsaktiviteter blevet ramt, ligesom projektledelserne oplever, at udbyttet af de tværgående aktiviteter er mindre ved onlinearrangementer end ved fysiske arrangementer.

Projekterne har endvidere oplevet, at det har været vanskeligt for de enkelte organisationer at prioritere tværgående møder internt i projekterne og fastholdelse af projektfokus på tværs af regionale og kommunale aktører. Særligt i Region Syddanmark har det ført til store forsinkelser, men alle øvrige projekter har også været ramt af forsinkelser i forbindelse med COVID-19. For evalueringen har COVID-19 konkret betydet, at alle interviews er gennemført online eller telefonisk, og at det i nogle tilfælde har været vanskeligt at prioritere deltagelse i fokusgruppeinterviews. Implement vurderer dog, at datamaterialet er tilstrækkeligt og skal fremhæve stor fleksibilitet og imødekommenhed fra de lokale projektledere.

Den største konsekvens af COVID-19 set i forhold til evalueringen er den forsinkelse, som situationen har medført i projekterne, da dette, sammenholdt med en gennemgående oplevelse af behov for mere tid til en omfattende omlægning af indsatsen, har betydet, at flere projekter har meget lidt eller ingen erfaring med den nye praksis.

Evalueringens afdækning af praksis kan derfor i langt højere grad anvendes til at præcisere, hvor udfordringerne i forhold til at skabe sammenhæng i indsatsen på tværs af regionale og kommunale aktører og almen praksis er størst, og hvori de består.

Med afsæt i COVID-19-situationen og forsinkelserne som følge af denne er projekterne i Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Hovedstaden blevet forlænget med mellem fire og ni måneder, hvor det sidste afsluttes i september 2021.

Det betyder også, at flere projekter vil fortsætte implementeringen, efter evalueringen er gennemført, og at der derfor vil blive genereret flere erfaringer, truffet flere beslutninger om den fremtidige indsats og eventuelt udarbejdes flere dokumenter med sagsgange m.m. Disse efterfølgende data kan af gode grunde ikke indgå i evalueringen. Evalueringen skal derfor også betragtes som et billede af status på arbejdet med at skabe sammenhæng i indsatsen, som det ser ud i de fem regioner og inkluderede kommuner i oktober-december 2020.

## 3. Resultater

I følgende kapitel præsenteres resultaterne af evalueringen i tre kapitler modsvarende evalueringens tre hovedspørgsmål.

### 3.1 Indhold

I dette afsnit gives en præsentation af, hvilket indhold forløbsprogrammerne er blevet givet i den lokale projektkontekst. Der tages udgangspunkt i forløbsprogrammernes hoveddele, som også udgør evalueringsfokus. Afsnittet skal derfor ikke forstås som en fuldstændig præsentation af de fem projekter, men i stedet som en beskrivelse af de fem projekter set i et *forløbsprogramperspektiv*.

#### 3.1.1 Tværgående sammenfatning

De fem projekter har som udgangspunkt meget forskelligt indhold, meget forskellige omfang og forskellige organisatoriske ophæng. Forløbsprogrammerne har således fået meget forskellig form i de fem regioner.

I dette afsnit gives derfor en opsamling på, hvilket regionalt og lokalt fokus arbejdet med implementering af forløbsprogrammerne har haft i de fem regioner og de kommuner, der har deltaget i projekterne. Der tages udgangspunkt i de fire evalueringsfokusområder, hvor den relative vægtning af de forskellige områder tydeliggøres. Denne fremgår i oversigten af figuren herunder.

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
<b>Del 1: Målgruppe</b>					
<b>Del 2: Samarbejde og koordinering</b>					
<b>Del 3: Graderet indsats</b>					
<b>Del 4: Opfølgning og implementering</b>					

**Målgrupper:** For alle fem projekter gælder det, at der ikke har været fokus på at opføre omfang og udvikling i de tre diagnosegrupper, der er omfattet af forløbsprogrammerne. For flere af projekterne formuleres det eksplicit i de gennemførte interviews, at det diagnosespecifikke fokus ikke er relevant. Flere giver udtryk for, at fokus i stedet bør være på at skabe sammenhæng i indsatsen for alle børn og unge med psykiske lidelser. Der argumenteres flere steder for, at det ikke i den kommunale indsats er relevant at skelne mellem forskellige diagnosegrupper, da der primært fokuseres på trivsel og funktionsevne i opsporing og vurdering af støttebehov. Ligeledes argumenteres der for, at behovet for støtte og sparring fra den regionale psykiatri til de kommunale aktører ofte netop handler om støtte til at vurdere, hvilke psykiske problemstillinger der er på spil i en given sag – altså før det er identificeret, hvilken diagnosegruppe barnet/den unge er omfattet af.

I projekterne i Region Nordjylland og Region Midtjylland er der dog udviklet tiltag med specifikt fokus på netop de tre diagnosegrupper.

**Samarbejde og koordinering:** På tværs af de fem projekter er det dette område, der har fyldt mest. I alle regioner og kommuner er der ambition om, at samarbejdet generelt skal styrkes mellem den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale indsats. I varierende omfang omfatter arbejdet også samarbejdet med almen praksis. I alle projekter er der – med undtagelse af projektet i Region Midtjylland – ambition om at arbejde med tydelige tovholdere for det enkelte forløb for børn og unge og deres forældre/pårørende. I tre af de fem projekter spiller anvendelse og styrkelse af netværksmøder en afgørende rolle i at skabe sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer.

I flere af projekterne spiller også kommunernes adgang til sparring fra den regionale børne- og ungdomspsykiatri en væsentlig rolle.

For langt de fleste tiltag er disse ikke målgruppespecifikke, men generelle tiltag, der anvendes på tværs af diagnosegrupper; både diagnoser omfattet og ikke omfattet af de tre forløbsprogrammer.

I flere af projekterne fremhæves det også, at der er fokus på at øge kendskabet til de forskellige parters opgaver og muligheder for på den måde at styrke samarbejdet om indsatsen.

**Graduerede indsatser:** Der er meget stor variation på tværs af de fem projekter i forhold til, hvor og hvordan fokus på styrkelsen af sammenhæng gennem arbejdet med graduerede indsatser er lagt. Der er således ikke her noget mønster i indsatsen. Dog kan det siges, at der i flere projekter er fokus på at skabe et større overblik over den samlede indsatsvifte, og at der i flere projekter er fokus på henvisning til den regionale psykiatri som adgang til Trin 3.

Det kan fremhæves, at der i projektet i Region Syddanmark og i Region Hovedstaden kun i begrænset omfang er fokus på arbejdet med det faglige indhold i indsatserne, og at der omvendt i projektet i Region Sjælland er meget tydeligt fokus på det faglige indhold i den uddybende vurdering på Trin 2.

**Opfølgning og implementering:** Også her er der stor variation på tværs af de fem projekter. I alle projekter er der fokus på tværgående kompetenceudvikling, der dog er grebet endog meget forskelligt an i de forskellige projekter. I den ene ende af skalaen er således projektet i Region Syddanmark, hvor der er fokus på et stort tværgående undervisningsprogram som mere end 600 ansatte i kommuner og regioner forventes at deltage i. Indholdet er her en generisk forståelse af samarbejde, som alle introduceres for og skal arbejde med.

I den anden ende er der Region Sjælland, hvor kompetenceudviklingen sker gennem det eksemplariske princip, hvor ansatte i en tværsektoriel enhed gennem deres praksis i samarbejdet med andre aktører viser, hvordan samarbejdet kan gribes an. I Region Midtjylland, Region Nordjylland og i nogen grad Region Hovedstaden er fokus på kompetenceudvikling, hvor regionerne opkvalificerer kommunalt personale. Samtidig har man i Region Nordjylland som noget særligt arbejdet med en tværsektoriel praktikordning.

Der er endvidere meget stor variation i, hvordan forankringen af arbejdet med implementering af forløbsprogrammerne efter projektperioden er grebet an. I Region Nordjylland er der et omfattende arbejde med at beskrive og objektivere kommende procedurer ved at inkludere disse direkte i samarbejdsaftaler mellem regionen og kommunerne. I Region Syddanmark, er der også tænkt i at forankre arbejdet i de eksisterende samarbejdsaftaler. Her gælder det dog i højere grad, at samarbejdsaftalens ambitioner udmøntes gennem arbejdet med forløbsprogrammerne end omvendt. I Region Hovedstaden forankres arbejdet ligeledes i den eksisterende samarbejdsstruktur, men her er der fra regionens side også en tro på, at en forankring af dele af den nye praksis i de regionale sygehusafsnit i sig selv kan fastholde de opnåede gevinster. I Region Sjælland er det vedtaget at permanentgøre Bakkehuset som en del af den løbende drift af børne- og ungdomspsykiatrien, herunder med fortsat frikøb af kommunalt ansatte socialrådgivere. Der er ikke formelle planer om en kommunemæssigt eller målgruppe-mæssigt bredere implementering. I projektet i Region Midtjylland fylder den organisatoriske forankring af arbejdet med forløbsprogrammerne mindre.

### 3.1.2 Region Hovedstaden og kommuner

Indholdet i den tværgående implementering af forløbsprogrammer (TIF) i Region Hovedstaden og kommuner er defineret og konkretiseret igennem en længere tværgående afklaringsfase, der blandt andet har tydeliggjort, at medarbejdere i både kommunerne og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) savner viden på tværs af hinandens faglighed, arbejds gange og muligheder i arbejdet med børn og unge, der har forløb i og henvises mellem det kommunale system og BUC. Et bedre samarbejde mellem sektorerne har således været et stort ønske og fokus fra start i forløbet.

Man har i regionen arbejdet med forløbsprogrammerne som retningsgivende, ikke handle-anvisende. Man har derfor valgt konkrete nedslagspunkter som afsæt for implementeringen. Nedslagspunkter, som man på tværs i afklaringsfasen har vurderet som værende de mest presserende i forhold til at ændre eksisterende praksis og sikrer barnet/den unges og dennes families oplevelse af koordinerede indsatser på tværs samt en større grad af sammenhæng og kvalitet i såvel udredning som indsats.

Med dette afsæt har Region Hovedstaden og kommuner arbejdet med følgende indhold inden for rammen af forløbsprogrammerne:

**Målgruppe:** Det er vurderet, at det ikke inden for rammen af forløbsprogrammerne har givet mening at arbejde specifikt med en nærmere konkretisering og systematisering af viden om de givne målgrupper. På regionsniveau opleves en høj grad af specialisering i forhold til målgrupperne, som det ikke vurderes, at arbejdet med forløbsprogrammerne meningsfuldt kan nuancere. På kommunalt niveau ville en egentlig ændring i praksis i forhold til registrering, konkretisering af symptomer, karakteristika og udvikling udgøre et omfattende projekt i sig selv. Samtidig har man i praksis valgt ikke at skele til målgrupper som in- eller eksklusionskriterium i forbindelse med arbejdet med forløbsprogrammernes anbefalinger. De elementer, der er arbejdet med, har så vidt muligt været en del af det samlede tilbud til alle børn og unge,

der har været kontakt til på tværs af BUC og kommunerne i perioden – både fordi det vurderes, at systematikken i et styrket samarbejde m.m. vil være hensigtsmæssigt for alle unge, der er i tværgående kontakt, og fordi man som oftest ikke ved henvisning fra kommunens side kan sige noget om, hvorvidt barnet/den unge ender med en diagnose inden for en specifik diagnosegruppe eller ej.

Endelig er det indledningsvist besluttet at mindske overlap imellem STIME (Styrket tværsektoriel indsats for børn og unges mentale sundhed – et parallelt udviklingsprojekt finansieret gennem Sundhedsstyrelsens pulje om fremskudt regional indsats for børn og unge med psykiske lidelser) og TIF ved at holde det målgruppespecifikke og -afgrænsende arbejde i regi af STIME.

**Samarbejde og koordination:** Temaet om samarbejde og koordination har fyldt en stor del af arbejdet med implementering af forløbsprogrammernes anbefalinger i Region Hovedstaden. Den indledende afdækningsfase viste, at der var et stort behov for større viden om hinanden på tværs af region og kommune – og på tværs internt i kommunerne – i forhold til rammer, faglighed, indsatser, råderum og muligheder. Hvor dette også har været et særskilt tema i kompetenceudviklingen, har man i forhold til samarbejde og koordination arbejdet målrettet med at:

- Udpege ansvarlige kontaktpersoner i hver sektor. Disse har blandt andet ansvar for at sikre samtidighed og kontinuitet i forløbet.
- Udarbejde arbejdsgange for tidlig inddragelse og samarbejde imellem sektorerne, herunder:
  - Guides for PPR, myndighedsrådgivere og BUC.
  - Opdaterede brevskeletter, i forhold til hvad der sendes ud til kommunerne fra BUC.
    - ◁ Underretning/behandlingsplan
    - ◁ Netværksmødeinvitation og rollebeskrivelse

**Graduerede indsatser og organisering:** Der har i regionen været særligt fokus på samarbejder i forbindelse med Trin 2 og 3, hvor man bevæger sig mellem den uddybende vurdering og indsats i kommunen eller ved specialiserede private enheder, eventuelt i samarbejde med almen praksis, til udredning, diagnostik og behandling i henholdsvis region og kommune. Derudover er der i mindre grad arbejdet med Trin 4 med fokus på opfølgningen. Arbejdet med de to trin har i særlig grad været fokuseret på at etablere faste kontaktpersoner indledningsvist i forløbet i begge sektorer og styrke rådgivningen fra BUC ind i kommunerne, samtidig med at form og indhold før, under og efter netværksmøder har været i fokus med etablering af klare roller og systematisk fordeling af ansvar.

Derudover er der arbejdet med implementering af den tværsektorielle behandlingsplan til understøttelse af, at indsatser på tværs er sammenhængende og koordinerede.

**Implementering og opfølgning:** I forhold til implementering og udvikling er der i Region Hovedstaden og projektkommuner arbejdet med kompetenceudvikling i to spor; et spor med fokus på at sikre øget kendskab til rammer og muligheder på tværs og et fagligt spor med målgruppe- og diagnosespecifik kompetenceudvikling til kommunerne på tværs af PPR og myndighedsrådgivere.

Der er ligeledes i forhold til såvel den løbende som den fremadrettede implementering og udvikling sikret fokus og prioritering igennem de fire eksisterende samordningsudvalg, hvilket er en etableret samarbejdsstruktur mellem region og kommuner. Det er planen, at strukturen for samarbejde og tværsektorielle planer udviklet som en del af TIF yderligere udrulles og implementeres i regionens øvrige kommuner i løbet af 2021. Der er prioriteret 3½ årsværk til den videre implementering i 2021.

### 3.1.3 Region Midtjylland og kommuner

I Region Midtjylland og henholdsvis Herning og Skanderborg Kommune har man overordnet set haft fokus på både kompetenceudvikling af medarbejderne i forhold til målgrupper, udredning og valg af indsatser samt etablering af Samrum (sparringsforum) på sager med rådgivning fra regionen i forbindelse med afklaring af, hvorvidt en henvisning er relevant.

**Målgrupper:** Målgruppedifferentieringen opleves overordnet set som hensigtsmæssig og relevant dog med det forbehold, der også gør sig gældende for de øvrige projekter, at ikke alle i målgruppen har en diagnose, og at forløbene på nogle stræk er ens uanset diagnose. Det er samtidig afsættet for implementeringen i Region Midtjylland, at spiseforstyrrelser skiller sig lidt ud fra de to andre målgrupper, da man på Trin 1 ikke har de samme kommunale indsatser, som man har til de øvrige målgrupper, hvorfor man potentielt også er mere udfordret på opsporingen. Samtidig er der en eksplicit efterspørgsel fra kommunal side af, at forløbsprogrammerne også kan omfatte børn og unge med autismespektrumforstyrrelser.

Samrum er kategoriseret efter forløbsprogrammernes målgrupper.

**Samarbejde og koordinering:** Et hovedelement i Region Midtjylland og pilotkommunernes arbejde med implementering af forløbsprogrammerne er etableringen af Samrum, hvor rådgivningen fra BUC er sat i system, så man på fastlagte tidspunkter kan få sparring på konkrete sager inden for de tre målgrupper med henblik på at afklare, hvorvidt en henvisning er relevant i forhold til det konkrete udfordringsbillede hos det pågældende barn eller den unge. Den systematiske sparring på sagsniveau fungerer samtidig som understøttende i forhold til en kvalificering af brugen af handleplaner mellem forældre/pårørende, kommune, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA) og optimalt set også den praktiserende læge.

Der har også her været arbejdet med at indføre en fælles ramme for sagsdrøftelser baseret på Signs of Safety-metoden, og der udfyldes en SoS-skabelon i forbindelse med hver Samrumsdrøftelse. Dette er gjort med henblik på at skabe bedre rammer for det tværgående samarbejde. Der er ligeledes arbejdet med udvikling af en skabelon for en fælles overordnet handleplan mellem forældre/pårørende, kommunen, BUA og praktiserende læge med henblik på at understøtte oplevelsen af et mere styret og sammenhængende forløb.

**Graduerede indsatser og organisering:** Afsættet for implementering af forløbsprogrammernes anbefalinger af graduerede indsatser i Region Midtjylland er, at man gennem systematik i arbejdsgangene, særligt på de nederste trin samt gennem anvendelsen af evidensbaserede indsatser, understøtter en oplevelse hos forældre/pårørende og børn/unge af sammenhængende og koordinerede forløb. Med afsæt i projektgruppens sammensætning har der i forløbet været et særligt fokus på Trin 1 og 2, hvor man systematisk har afsøgt mulighederne for kommunale indsatser inden henvisning til BUA – og med afsæt i drøftelserne i Samrum. Samrum bruges også til at generere hypoteser til eventuel videre indsats eller afklaring i kommunen før en eventuel henvisning.



Drøftelserne og den deraf fælles forståelse for barnets/ den unges situation og udfordringer efter et Samrum styrker således afsættet for den videre drøftelse med forældrene/ de pårørende.

Fra BUA's side var der indledningsvist et ønske om større fokus på Trin 3 og 4, men dette vurderes ikke realistisk uden myndighedsrepræsentation i projektgruppen.

**Implementering og opfølgning:** I Region Midtjylland har man indledningsvist nedsat tværgående arbejdsgrupper om de tre målgrupper – og med dette afsæt er der udarbejdet arbejds-gange på tværs af indsatsstrin.

Som et led i det styrkede tværsektorielle samarbejde er der samtidig arbejdet målrettet med kompetenceudvikling i forhold til alle tre målgrupper i Region Midtjylland og de to pilotkom-muner.

**ADHD:** I alt 124 personer har deltaget i kompetenceudvikling om ADHD, heraf 73 fra Herning og 51 fra Skanderborg. Fordelingen på faggrupper ses nedenfor:

	Herning	Skanderborg
PPR og behandlende psykologer	40	22
Socialrådgivere/familierådgivere/ungerådgivere	10	17
Sundhedsplejersker og udførende funktioner	23	12

**Angst og depression:** I alt 71 personer har deltaget i kompetenceudvikling om angst og depression, heraf 49 fra Herning og 22 fra Skanderborg. Fordelingen på faggrupper ses nedenfor:

	Herning	Skanderborg
PPR og behandlende psykologer	20	18
Socialrådgivere/familierådgivere/ungerådgivere	10	2
Sundhedsplejersker og udførende funktioner	19	2

**Spiseforstyrrelser:** I alt 83 personer har deltaget i kompetenceudvikling om spiseforstyrrelser, heraf 42 fra Herning og 41 fra Skanderborg. Fordelingen på faggrupper ses nedenfor:

	Herning	Skanderborg
PPR og behandlende psykologer	6	8
Socialrådgivere/familierådgivere/ungerådgivere	9	1
Sundhedsplejersker og udførende funktioner	27	32

### 3.1.4 Region Nordjylland og kommuner

Region Nordjylland har som den eneste region indledt implementeringen af forløbsprogrammerne med en tværgående baselineundersøgelse baseret på elementerne i forløbsprogrammernes anbefalinger. Baselineundersøgelsen er gennemført på tværs af alle ti nordjyske kommuner, imens selve implementeringen af forløbsprogrammerne er sket i samarbejde mellem regionen og henholdsvis Morsø-, Jammerbugt-, Aalborg- og Hjørring Kommune.

Med afsæt i baselineundersøgelsen har man i Region Nordjylland arbejdet med såvel udvikling af egne modeller for forløbsprogrammer, konkrete prøvehandlinger til ændring af praksis samt styrkelse af samarbejdet med afsæt i dele af forløbsprogrammernes anbefalinger. Flere af kommunerne har ikke specialiserede indsatser specifikt målrettet de målgrupper, der er indeholdt i forløbsprogrammerne, hvorfor det har været meget lidt af den eksisterende praksis, det er indarbejdet i modellerne. Prøvehandlingerne har således fungeret som et udviklingsrum for etablering af en lokal praksis inden for anbefalingerne. Kommunerne har arbejdet med såvel tværgående som lokale prøvehandlinger (eksempler på disse gives i skema nedenfor) – og ingen af kommunerne har arbejdet med hele forløbsprogrammet og alle målgrupper.

Den nordjyske model for forløbsprogrammerne indeholder fem trin samt en konkretisering af, hvordan man bevæger sig mellem trinene, og der er udarbejdet tilhørende forløbsbeskrivelser inden for de tre målgrupper som afsæt for en generel styrkelse af de tværsektorielle forløb. De nordjyske modeller bygger således på anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer kombineret med de samarbejdsstrukturer, der gør sig gældende generelt i arbejdet med børn og unge med psykiske lidelser i hele Nordjylland. De fem trin, der udgør den nordjyske trappe, er henholdsvis:

- Trin 0 – Almen forebyggelse
- Trin 1 – Tidlig vurdering og indsats
- Trin 2 – Uddybende vurdering og indsats
- Trin 3 – Udredning, diagnostik og efterbehandling
- Trin 4 – Efterbehandlende indsats

Sideløbende med udviklingen af udkast til nordjyske modeller har de enkelte kommuner haft mulighed for at udarbejde lokale modeller inden for de fire områder. I disse er det hensigten, at der skal indarbejdes lokale forhold, konkrete kommunale indsatser og specifikke organisatoriske forhold, der gør sig gældende i den enkelte kommune.

Modellerne er ikke på nuværende tidspunkt færdigudviklede.

Som input til arbejdet har man i regionen samtidig været i kontakt med bruger- og pårørende-foreningerne BHOV, Bedre Psykiatri Aalborg, Depressionsforeningen, Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade samt Angstforeningen. Derudover har ph.d. Anna Sofie Kjærsgaard Hansen bidraget med viden fra 250 forældreinterviews med forældre til børn og unge henvist til Børne- og Ungdomspsykiatrien. Tilsammen udmundede dette i følgende anbefalinger til forløbene set fra en børne-, unge- og pårørendevinkel:

- Der kobles en fast kontaktperson på sagen, der har ansvar for at sikre fremgang, og som forældrene/de pårørende kan kontakte ved spørgsmål om sagen.
- De professionelle er hurtige til at agere i sagen.

- Forløbene er velkoordinerede og sammenhængende på tværs af afdelinger og sektorer.
- Familien hjælpes til at få overblik over de tilbud, der er relevante for dem i kommunalt regi.
- Såvel forældre/pårørende som barnet/den unge er velorienterede om planen for forløbet.
- Når familien er til stede, taler fagpersonerne i et letforståeligt sprog og lytter til familiens oplevelser.
- Kommunerne og Børne- og Ungdomspsykiatrien har velfungerende hjemmesider, hvor det er nemt at finde de informationer, der er behov for.

Med dette afsæt er der arbejdet målrettet med at nedsætte en række tværsektorielle målgruppespecifikke arbejdsgrupper til formulering af prøvehandlinger. Nogle prøvehandlinger er ligeledes målgruppespecifikke, andre er målrettet en styrkelse af det brede samarbejde i forbindelse med tværsektorielle forløb.

**Målgruppe:** Som i de andre regioner er der i pilotkommunerne i Region Nordjylland et overordnet forbehold i forhold til at begrænse anbefalingerne til ændret praksis og styrket samarbejde til udelukkende at gælde for forløb for børn og unge i målgrupperne defineret i forløbsprogrammerne. Man har dog udviklet nordjyske modeller for hver målgruppe, arbejdet med målgruppespecifikke handlinger samt i nogle tilfælde arbejdet med kompetenceudvikling inden for samme i kommunerne. Samtidig har ikke alle kommuner arbejdet med alle målgrupper, og Aalborg Kommune er den eneste kommune, der arbejder med forløbsprogrammet for spiseforstyrrelser i samarbejde med den regionale Enhed for Spiseforstyrrelser.

Der har ikke været fokus på at etablere et bedre overblik over omfang og udvikling i forekomsten inden for de tre diagnosegrupper.

**Samarbejde og koordinering:** I baselineundersøgelsen angiver alle kommunerne, at der i høj grad eller meget høj grad er behov for at styrke de strategiske rammer for samarbejde og koordinering tværsektorielt.

Det er imidlertid samtidig oplevelsen, at samarbejdet på tværs internt i kommunerne opleves som velfungerende. Således angiver 90%, at der i høj grad eller i meget høj grad er let adgang til tværfaglig sparring på tværs af områder. 70% oplever i forlængelse af dette, at der er lokale aftaler om, hvordan barnets/den unges forløb koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde på tværs af almen-, myndigheds- og udførerområdet i den enkelte kommune.

Når man ser på tværs af sektorer, er billedet i baselineundersøgelsen imidlertid et andet. Således angiver 90%, at der i lav eller meget lav grad foreligger lokale aftaler om, hvordan barnets/den unges forløb koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde mellem kommunerne og børne- og ungdomspsykiatrien samt eventuelt almen praksis.

Blandt andet med dette afsæt er der i Region Nordjylland arbejdet med en række prøvehandlinger til styrkelse af det faglige samarbejde – både tværsektorielt, men også internt i kommunerne. Der er samtidig et særligt fokus på styrkelse af samarbejdet med almen praksis i regionen. Prøvehandlingerne falder ind under samarbejde på de forskellige trin for graduerede indsatser og er således oplistet i det følgende afsnit.

**Graduerede indsatser og organisering:** Prøvehandlingerne bevæger sig på flere niveauer og er således i forskellig grad henholdsvis samarbejds-, indsats- og/eller målgruppespecifikke. Handlingerne understøtter praksis og samarbejde på de enkelte trin i de graduerede indsatser fra den helt tidlige og opsporende indsats til samarbejde på tværs i forhold til såvel Trin 2 og 3 i forløbsprogrammerne.

### Oversigt over prøvehandling

	ADHD	Angst/Depression	Spiseforstyrrelser
Trin 1		Oplæg om forebyggende arbejde for dagtilbud og forældre (Jammerbugt Kommune).  Kortlægning af, hvad personale gør ved begyndende bekymring (Hjørring Kommune).	Temadag for frontlinjepersonale om opsporing (Aalborg Kommune).
Trin 2	Brug af standardskabeloner ved henvisning til psykiatrien (Jammerbugt, Ambulatorium for ADHD, Morsø Kommune).  Oplægsrække til forældre (Jammerbugt Kommune).	Kortlægning og redesign af samarbejdet mellem PPR og børne- og familieområdet ved henvisning til psykiatrien (Hjørring Kommune).  Styrket samarbejde mellem kommunen og praktiserende læger om henvisning til psykiatrien (Hjørring Kommune).  Oplægsrække til forældre (Jammerbugt Kommune).	Gruppeforløb for forældre (Aalborg Kommune).
Trin 3	Socialrådgiver fra psykiatrien deltager ved førstegangssamtaler i behandlingspsykiatrien (Ambulatorium for Børne- og Ungdomspsykiatri).		
	Udsendelse af "statuskrivelser" til henviser efter endt udredningsforløb (Aalborg, Jammerbugt, Hjørring, Morsø Kommune, Ambulatorium for Børne- og Ungdomspsykiatri).		
Trin 4	Samarbejde mellem PPR, myndighed og skole ved opfølgning på statusudtalelser/epikriser fra psykiatri (Hjørring).		Fast struktur for netværksmøder (Enhed for Spiseforstyrrelser og Aalborg Kommune).

I forhold til den tidlige indsats på Trin 1 – og forebyggende indsats i almenområdet på det nordjyske Trin 0 – har de tværsektorielle arbejdsgrupper igangsat prøvehandling, der i særlig grad handler om opsporing og viden om diagnosernes kendetegn. Eksempelvis arbejdes der som en prøvehandling med en temadag om spiseforstyrrelser og tidlig opsporing for frontpersonale i Aalborg Kommune, samt med forebyggende oplæg om angst til dagtilbudspersonale og forældre/pårørende til børn i daginstitutioner i Jammerbugt Kommune.

I Hjørring har man som prøvehandling arbejdet med en kortlægning af, hvor det nære personale går hen med bekymring for, om et barn kan have begyndende angst og/eller depression, samt hvordan PPR og myndighed samarbejder i forbindelse med en henvisning til psykiatrien med henblik på et redesign af arbejdsgangen.

Man har samtidig i forhold til Trin 2 i Hjørring Kommune arbejdet med en prøvehandling til at styrke samarbejdet mellem de praktiserende læger og kommunen (PPR og Handicap- og Familieafdelingen) i forhold til henvisninger til psykiatrien igennem en samarbejdsaftale, der tydeliggør, hvem der gør hvad, og hvordan der kan kommunikeres mellem de praktiserende læger og forvaltningen i Hjørring Kommune.

Mellem Ambulatorium for ADHD, Morsø Kommune og Jammerbugt Kommune har man som en prøvehandling arbejdet med anvendelsen af et henvisningsskema ved opmærksomhed på ADHD. Der er derudover i Jammerbugt Kommune udarbejdet en skabelon for skoleudtalelse samt medsendelse af udfyldte (ikke opgjorte) ADHD-RS-skemaer i forbindelse med henvisning. Det er den foreløbige erfaring, at anvendelsen af skabelonerne kvalificerer visitationen i psykiatrien og skaber effektiv sagshåndtering og et bredt fundament for diagnosticeringen, men at det også er meget tidskrævende på kommunalt niveau.

Henvisningsskemaet er udarbejdet for at sikre et bedre overblik over sagen hos Ambulatorium for ADHD samt for at frigive tid hos behandlerne til øget tværsektorielt samarbejde, fx via flere opkald for sparring, netværksmøder mv.

I Jammerbugt Kommune er der som en prøvehandling arbejdet med iværksættelse af specifikke, målrettede indsatser til familier med børn/unge med ADHD i form af en oplægsrække på tværs af flere afdelinger om såvel diagnosen som behandling, pædagogik m.m. De målrettede indsatser udfylder et hul i indsatsviften i kommunen, og hensigten er at give forældre/pårørende nem adgang til information og psykoedukation om ADHD samt at give adgang til information om rettigheder og adgang til tilgange, som forældre/pårørende kan implementere i hjemmet. Det er dog erfaringen, at det i høj grad er forældre/pårørende, der i forvejen er godt klædt på i forhold til målgruppeforståelse, der tager imod tilbuddet. Dog opleves det som værdiskabende for den enkelte familie. Der er tilsvarende arbejdet med en oplægsrække til forældre/pårørende om angst.

I Aalborg Kommune er der ligeledes på Trin 2 arbejdet på at etablere en forældre støttegruppe til forældre/pårørende til børn og unge med et forstyrret spisemønster. Forløbet omfatter syv sessioner, hvor to psykologer fra PPR og en socialrådgiver fra Ungerådgivningen stod for gruppeledelsen og undervisningen.

Ambulatorium for Børne- og Ungdomspsykiatri har under projektperioden sammen med kommunerne afprøvet, at der ved alle førstegangskonferencer sidder en socialrådgiver fra psykiatrien med. Det er på førstegangskonference, at det afgøres, om barnet/den unge skal udredes i Børne- og Ungdomspsykiatrien eller skal afsluttes efter førstegangssamtalen.

På Trin 3 og i overgangen til Trin 4 er der således på tværs af Enhed for Spiseforstyrrelser og Aalborg Kommune arbejdet med en prøvehandling for at sikre en fast struktur for netværksmøder. Prøvehandlingen indebærer, at der aftales et netværksmøde senest to måneder efter udredning i Enhed for Spiseforstyrrelser for at sikre tidlig kontakt og samarbejde mellem sektorerne. Der afholdes ligeledes et netværksmøde senest to måneder inden forventet udskrivning for ligeledes at sikre rettidigt samarbejde ved overgangen til Trin 4.

Ambulatorium for Børne- og Ungdomspsykiatri har sammen med alle fire kommuner afprøvet at indføre udsendelse af "statusskrivelser" til henviser efter endt udredningsforløb, når barnet/den unge fortsætter i behandlingsforløb i Børne- og Ungdomspsykiatrien.

Statusskrivelsen indeholder viden om udredningens resultater samt behandlingsplan, og den sikrer dels løbende informationsdeling mellem sektorerne, dels er det hensigten, at kommunen bliver i stand til rettidigt at igangsætte relevante indsatser, tilbud mv., når barnet/ den unge udskrives.

Der er ligeledes i Hjørring arbejdet med en kortlægning af, hvordan PPR, myndighed og skole samarbejder i dag ved opfølgning på statusudtalelser/epikriser fra psykiatri, herunder et redesign af denne arbejdsgang og en beskrivelse af, hvordan den skal se ud fremadrettet. Prøvehandlingen er stadig ved at blive implementeret. Prøvehandlingen er smeltet sammen med en anden prøvehandling omkring tydelige roller og arbejdsgange mellem skole, PPR og myndighed ved mistanke om begyndende angst/depression og er udmundet i et flowchart over arbejdsgang. Prøvehandlingen er udarbejdet på baggrund af sager med børn og unge med tegn på angst og depression, men arbejdsgangene udbredes til at gælde for alle børn og unge, der har været henvist til psykiatrien.

Der har således i flere prøvehandlinger været et generelt fokus på at styrke overgangen fra Trin 3 til 4.

**Implementering og opfølgning:** Som et særligt greb i forhold til implementeringen i Region Nordjylland og kommuner er der som det eneste sted etableret en baseline på tværs af alle kommuner i regionen med afsæt i forløbsprogrammernes anbefalinger og kerneelementer – og herefter udarbejdet nordjyske modeller for de tre diagnosemålgrupper til lokal oversættelse og efterfølgende implementering. Med dette afsæt er der nedsat tværsektorielle arbejdsgrupper for hvert diagnoseområde til at tænke i prøvehandlinger. Dette er dog ikke implementeringstiltag, der som udgangspunkt rækker ud over projektperioden.

Hensigten med prøvehandlingerne er, at de i det omfang, de viser sig at have lovende resultater på sigt, skal indarbejdes i de nordjyske modeller – og indarbejdes i de eksisterende tværgående samarbejdsaftaler om børn og unge med sindslidelser indgået mellem børne- og ungdomspsykiatrien, kommunerne og praktiserende læger.

Der er ligeledes som en del af implementeringsarbejdet, som allerede beskrevet, arbejdet med målgruppespecifikke temadage, der blandt andet skal understøtte mere specialiseret viden om målgrupperne og diagnoserne i kommunerne.

Samtidig er der som noget særligt for Region Nordjylland arbejdet med en tværsektoriel praktikordning i regionen, hvor man som led i implementeringen har haft mulighed for igennem praktikforløbet at krydse sektor- eller faggrænser med henblik på at styrke forståelsen på tværs for arbejdsopgaver, rammer og muligheder samt for på nært hold at se, hvordan opgaveløsning i den ene sektor har betydning for muligheden for opgaveløsning på tværs.

### 3.1.5 Region Sjælland og kommuner

Modsat de fire andre projekter er der i Region Sjælland oprettet en egentlig tværsektoriel enhed (Bakkehuset), hvor der er ansatte fra både den regionale psykiatri og fra kommunale børne- og familieafsnit. Dette har givet den store organisatoriske fordel, at der har været arbejdet med en ny praksis allerede meget tidligt i projektet.

Det betyder også, at der i dette projekt er indhentet flere konkrete erfaringer med ny praksis end i de øvrige projekter.

Hovedfokus i Bakkehuset har været at bidrage til at skabe en sammenhængende indsats på Trin 2 i den graduerede indsats. Dette er gjort ved at tilbyde børn/unge og familier et fast kontaktpunkt, mulighed for støttende samtaler, udredning af problemstillinger og mobilisering af aktører på tværs af de relevante sektorer, når disse familier har været i en fase, hvor de ikke har oplevet at kunne få støtte andre steder.

Konkret har kontakten med familierne bestået af familiernes fremmøde i Bakkehuset, deltagelse i netværksmøder, telefonkonsultationer og hjemmebesøg/besøg på døgntilbud. Alle børn/unge har fået tildelt en fast kontaktperson.

Således har der i dette projekt særligt været fokus på at tilbyde indsats på Trin 2 og på at styrke samarbejde og koordinering af indsatsen – også her særligt med henblik på indsatsen på Trin 2.

Med dette afsæt har man i Region Sjælland og de tre deltagende kommuner arbejdet med nedenstående indhold inden for rammen af forløbsprogrammerne:

**Målgruppe:** Målgruppen for indsatsen i Bakkehuset har været bredere end de tre diagnosegrupper, der er omfattet af forløbsprogrammerne. I stedet har målgruppen været defineret som de børn og unge, der har henvendt sig til den psykiatriske akutmodtagelse (PAM) i Roskilde, hvor henvendelsen ikke har ført til en indlæggelse. I stedet er barnet/den unge og familien blevet orienteret om muligheden for at tage kontakt til Bakkehuset, hvor de vil kunne få støtte til det videre forløb.

Der har ikke været arbejdet med at etablere et mere nuanceret tværgående billede af udbredelse og udvikling inden for de tre diagnosegrupper.

Et af de centrale afsæt for oprettelsen af Bakkehuset var konstateringen af en stor stigning i antallet af henvendelser til den psykiatriske akutmodtagelse (PAM). Med oprettelsen af Bakkehuset er håbet, at henvendelser til PAM kan falde eller stabiliseres gennem Bakkehusets indsats, der kan bidrage til, at samme familie ikke flere gange henvender sig til PAM. Indirekte kan det bidrage til et bedre samarbejde på tværs af de mange parter i hele regionens geografiske område.

**Samarbejde og koordinering:** Samarbejde og koordinering har været helt centralt i indsatsen i Bakkehuset. Ved første henvendelse til Bakkehuset har der været iværksat en grundig udredning, hvor alle relevante aktører er blevet identificerede, og der er søgt indhentet relevante dokumenter fra igangværende indsatser. Ligeledes kan der – i dialog med familien – indhentes øvrige perspektiver fra fx barnet/den unges skole. Førstegangssamtaler er understøttede af en fælles skabelon for samtalerne. Som udgangspunkt søges der derefter afholdt et netværksmøde, hvor alle relevante parter deltager.

Bakkehuset arbejder med at sikre, at relevante indsatser er sat i værk, inden de selv slipper kontakten til den enkelte familie. Ledelsen i Bakkehuset opfatter det således selv som en central opgave at etablere en god overgang fra henvendelsen i PAM til iværksættelse af relevante tiltag på det relevante niveau i den enkelte sag.

De afgørende redskaber, der anvendes i arbejdet med at sikre samarbejde og koordination, er orienteret om enkeltsager. De består af en systematisk og helhedsorienteret afdækning af relevant information samt afholdelse af netværksmøder (både som initiativtagere og som deltagere).

**Graduerede indsatser og organisering:** I forhold til forløbsprogrammernes fire trin fokuseres der primært på Trin 2. Da alle i målgruppen per definition er blevet afvist som relevante for umiddelbar indlæggelse på psykiatrisk afdeling, er det Bakkehusets opgave at følge op på igangværende indsatser (Trin 4), vurdere, om der skal iværksættes en uddybende vurdering og indsats (Trin 2), eller om der skal ske yderligere udredning, diagnosticering og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien (Trin 3). Hvis der skal iværksættes uddybende vurdering og indsats (Trin 2), optræder Bakkehuset som tovholder i denne proces, hvor der knyttes en specifik kontaktperson til familien. Her kan Bakkehuset selv bidrage med udredning, herunder fx social anamnese og psykopatologisk udredning, ligesom Bakkehuset også kan være med til at pege på behovet for yderligere udredning hos andre aktører som fx i den kommunale PPR (typisk ved opfordring til iværksættelse af en PPV). Som udgangspunkt fastholder Bakkehuset kontakten med familien, indtil der er etableret en stabil anden relevant indsats.

Det er ikke entydigt defineret, i hvilket omfang Bakkehuset selv kan iværksætte en behandlende indsats på Trin 2. Et kerneelement i kontakten med Bakkehuset er hyppig kontakt med barnet/den unge og/eller familien, der har karakter af støttende samtaler. Familierne har mulighed for at ringe til Bakkehuset indtil klokken 22.00.

Medarbejdere i Bakkehuset nævner, at det er muligt for det lægefaglige personale at igangsætte medicinsk behandling, hvis der ses et umiddelbart behov for dette. Det opfattes som en midlertidig indsats, indtil anden indsats er iværksat.

Hvis Bakkehuset vurderer, at der er behov for yderligere udredning og diagnosticering (Trin 3), henvises barn/ung og familie til den relevante klinik i den regionale psykiatri, hvor der tildeles en plads hurtigst muligt (og uden om den sædvanlige centrale visitation).

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

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

### 3.1.6 Region Syddanmark og kommuner

I projektet i Region Syddanmark og de 22 kommuner i regionen er der, som det eneste projekt, blevet arbejdet med alle kommuner og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Projektet har således en ambition om en meget bred implementering af en styrket sammenhæng i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser.

Af samme årsag, ifølge projektledelsen, har projektet også været udsat for flere større forsinkelser. For det første fordi organiseringen omkring det formelle samarbejde mellem mange parter har taget lang tid at opbygge, og for det andet fordi COVID-19-situationen, som i sig selv har ført til forsinkelser, har ramt netop dette projekt hårdt, da projektet er afhængigt af tæt tværgående samarbejde mellem mange forskellige parter. Dette har med COVID-19-situationen været vanskeligt at imødekomme.



Projektet arbejder med en række ambitioner, der grundet forsinkelserne endnu ikke har ført til konkret ny praksis med observerbare virkninger i nævneværdigt omfang. Der er et stærkt ønske i implementeringsgrupperne om at blive mere konkrete i det fortsatte arbejde.

**Målgruppe:** Der har ikke i Region Syddanmark været fokuseret på bestemte målgrupper, men i stedet tværgående på alle børn og unge med psykiske lidelser. Derfor har det primært været forløbsprogrammernes generiske form, der har været i fokus i arbejdet. Der har således heller ikke været fokus på etablering af et systematisk overblik over omfang og udvikling inden for de tre diagnosegrupper, der er omfattet af forløbsprogrammerne.

Dog gennemføres tracerforløb, hvor et antal relevante aktører i fire konkrete forløb for børn og unge og deres forældre/pårørende bliver interviewet om oplevelsen af forløbet. Tracerforløbene gennemføres som led i en undersøgende tilgang, der skal identificere, hvor der er størst potentialer i at styrke sammenhængen i indsatsen. Der tages udgangspunkt i forløb, der tilhører en af de tre målgrupper for forløbsprogrammerne.

**Samarbejde og koordinering:** Projektet i Region Syddanmark fokuserer meget tydeligt på at styrke det generelle samarbejde og koordinationen på tværs af kommuner, region og almen praksis. I særlig grad ønskes det at styrke samarbejdet om:

- Underretninger. Der skal udvikles praksis for både indholdet i underretningerne og processen for udarbejdelse og fremsendelse af underretninger. Ligeledes skal der være opmærksomhed på, om der kan gøres mere lokalt, før der underrettes.
- Opfølgning på fravær i dagtilbud og skole.
- Netværksmøder. Der ønskes en fast struktur for møderne og en fast dagsordensskabelon. Ligeledes ønskes der faste aftaler om, hvilken grad af beslutningskompetence den enkelte aktør har med til møderne.
- Tovholder. I første omgang arbejdes der med en undersøgende tilgang. Hvad ligger der i begrebet? Hvad forstår de forskellige aktører ved opgaven?
- Systematiseret kommunikation på tværs af sektorerne. Ambitionen er en fælles arbejdsgangsbeskrivelse, hvor det tydeligt fremgår, hvad parterne kan forvente af hinanden.

Dette arbejde understøttes af en stor og bredt anlagt kompetenceudviklingsindsats, hvor relevante parter fra kommuner, region og almen praksis deltager i undervisningsforløb om relationel koordinering. Arbejdet ligger i forlængelse af den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark og kobler sig således på allerede organisatorisk vedtagne ambitioner.

**Graduerede indsatser:** Der har i arbejdet i Region Syddanmark ikke været et stort fokus på selve den faglige indsats i tilbuddene til børn og unge med psykiske lidelser. Det kan ikke udelukkes, at der som led i de lokale drøftelser kan blive arbejdet med udvikling eller oprettelse af konkrete faglige indsatser, men dette er ikke planlagt endnu.

Den tydeligste ambition i forhold til at kunne arbejde med en gradueret indsats er ambitionen om at skabe et tydeligt og bredt tilgængeligt overblik over den samlede indsatsvifte – herunder også overblik over tilbud til børn og unge, som er pårørende af forældre med somatisk og/eller

psykisk lidelse. Ambitionen er, at overblikket skal være baseret på en IT-plattform, der løbende skal opdateres.

**Opfølgning og Implementering:** I Region Syddanmark arbejdes der med implementering af ambitionerne i forløbsprogrammet inden for rammerne af børne- og ungeaftalen mellem regionen og de 22 kommuner. Således søges arbejdet forankret i en eksisterende formel organisering af samarbejdet.

Den styrkede praksis søges implementeret gennem det lokale samarbejde organiseret omkring fire geografisk afgrænsede implementeringsgrupper. Disse gruppers arbejde koordineres af en samlet arbejdsgruppe, der refererer til følgegruppen for Forebyggelse i regi af Sundhedsaftalen. Desuden afholdes geografisk opdelte tværgående temadage og inspirationsdage, hvor udfordringer og god praksis deles på tværs af kommunerne, almen praksis og region.

Et meget væsentligt element i Region Syddanmark og kommuners arbejde med forløbsprogrammerne er et omfattende program for fælles kompetenceudvikling inden for relationel koordinering. Omkring 600 ledere og medarbejdere fra kommuner og region skal deltage i tre dages undervisning, hvor holdene er sammensat på tværs af kommuner og regionens psykiatriske og somatiske afsnit. De somatiske afsnit inddrages, da en del af opsporingen af børn og unge med psykiske lidelser sker gennem de somatiske afdelinger – særligt i forhold til spiseforstyrrelser.

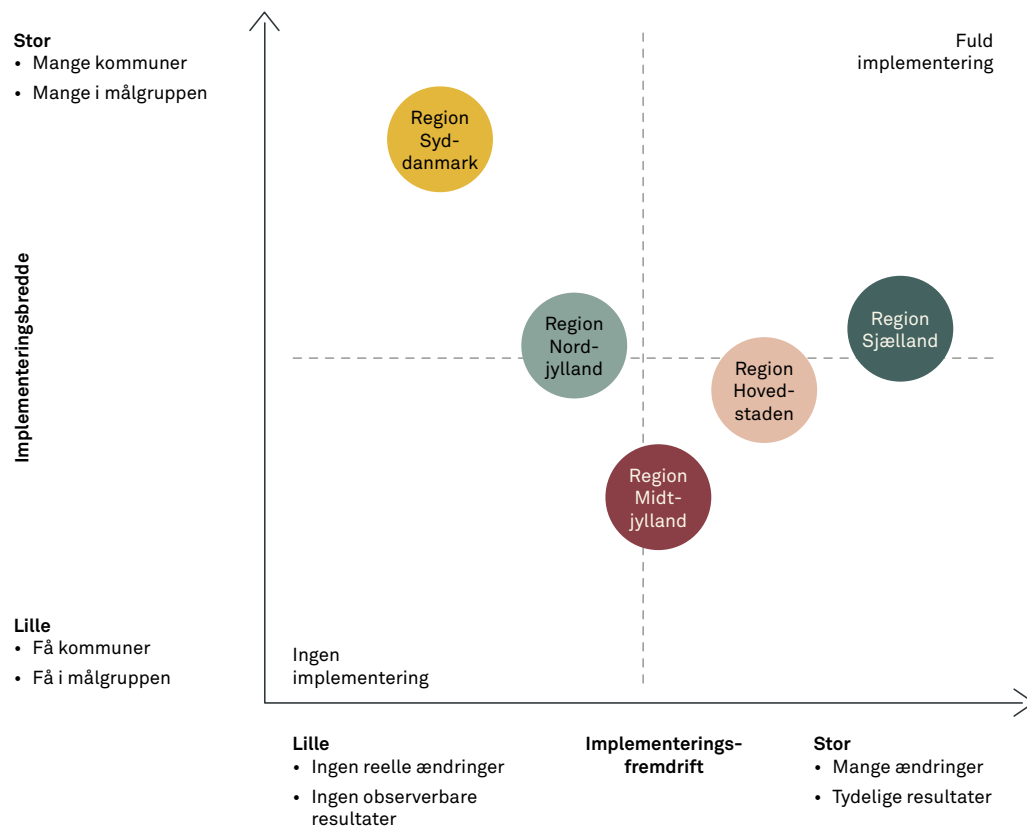
### 3.2 Implementering

I dette afsnit præsenteres erfaringerne fra de fem projekter med implementeringen af ambitionerne for en styrket sammenhæng i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser. Som det fremgik af forrige afsnit, er der stor variation i indholdet i de enkelte projekter. Ligeledes er der stor variation i implementeringen – både i forhold til hvor bredt en styrket sammenhængende praksis er tænkt implementeret i projektet (hvor mange kommuner samt hvor mange børn, unge og familier?), og hvor langt man i det enkelte projekt er kommet med at virkeliggøre en styrket praksis (hvor meget er ændret?).

Indledningsvist gives et kort overblik over, i hvilken udstrækning de fem projekter har implementeret forløbsprogrammernes anbefalinger set i forhold til både bredde og fremdrift i implementeringen. Det enkelte projekts placering i figuren bygger ikke på eksakte objektive målinger, men på en samlet vurdering på baggrund af de foreliggende data.

Som det fremgår af figuren, har ingen projekter implementeret indholdet fra forløbsprogrammerne bredt hos alle relevante aktører, samtidig med at projektet er lykkedes med at gennemføre omfattende ændringer. Dette betyder også, at der er begrænsede erfaringer med virkningen af den styrkede eller ønskede tværsektorielle praksis.

I underafsnittene nedenfor uddybes erfaringerne med de fire dele af forløbsprogrammerne, hvor erfaringerne fra hvert projekt gennemgås inden for hver del af forløbsprogrammet. Der er fokus på at beskrive, hvilke virkemidler der har været arbejdet med, og hvilke virkninger man kan observere på baggrund af dette arbejde, samt hvilke udfordringer der i implementeringen har vist sig i forhold til at skabe en stærkere tværsektoriel sammenhæng.



### 3.2.1 Målgruppe

#### 3.2.1.1 Tværgående sammenfatning

På tværs af alle regionerne er der i større eller mindre grad arbejdet bredere med målgrupperne, end der lægges op til med forløbsprogrammerne – både fordi systematikken og strukturen i forhold til graduerede indsatser og styrket samarbejde på tværs giver mening for alle forløb for børn og unge i psykisk mistrivsel – og fordi man ikke ved opstarten af et forløb nødvendigvis kan placere barnet eller den unge inden for en diagnosegruppe. Samtidig har det i alle projekterne været et eksplicit fravalg at bruge ressourcer på indsamling af mere målrettet og nuanceret viden om målgrupperne på tværs af regioner og kommuner.

Der har altså ikke været et eksplicit fokus på at indsamle viden om de tre målgrupper som en del af forløbet, men fordi der i nogle af regionerne er indsamlet forskellige former for forløbsdata, eksempelvis i form af indledende SDQ-vurderinger eller registrering af afklarende målgruppenspecifikke drøftelser mellem kommune og den regionale psykiatri, er der alligevel noget viden om målgrupperne at hente på tværs.

Således er det umiddelbart målgruppen af børn og unge med ADHD, der fylder mest i kommunerne. Det angives samtidig af flere at være den målgruppe, som der er størst viden om i kommunerne i forvejen, og som måske derfor opspores tidligere.

Således kan man eksempelvis se i Region Midtjylland, at halvdelen af de børn og unge med ADHD, der er drøftet i Samrum med regionen, ikke er anbefalet henvist til den regionale psykiatri, men til en indsats i kommunen på Trin 1 eller 2.

Hvor køn er registreret i forbindelse med forløb, ses der en overvægt af piger, og i flere regioner er der en overvægt af unge fra 14 år og op. Det skal her understreges, at køn kun er registreret i nogle datasæt, og at der på grund af begrænset data ikke kan konkluderes generelt om sammenhæng mellem køn, diagnose og indsats.

Børn og unge med spiseforstyrrelser fylder ikke så meget i det samlede billede, og det angives af flere, at de opleves som vanskeligere at opspore – måske i sammenhæng med, at man ikke har lige så meget viden om eller specialiserede indsatser i forhold til denne målgruppe i kommunerne. Samtidig er det erfaringen, at de børn og unge, der lider af spiseforstyrrelser, ofte har andre former for psykiatriske diagnoser eller bagvedliggende problemstillinger, som bliver hovedfokus, hvorfor de ikke nødvendigvis er udredt i forhold til spiseforstyrrelsen og indgår i data for herværende.

Det gælder både for børn og unge med spiseforstyrrelser og med angst og depression, at det er oplevelsen i forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammerne, at man kommer i kontakt med dem forholdsvist sent i en bekymrende udvikling.

Endelig ses det i flere af projekterne, at der er en stor gruppe af børn og unge, der diagnosticeres med autismspektrumforstyrrelser i indtaget til arbejdet med implementeringen af forløbsprogrammerne, hvorfor der af flere bliver peget på denne målgruppe som en potentiel udvidelse af forløbsprogrammerne.

### **3.2.1.2 Region Hovedstaden og kommuner**

Der har, som allerede beskrevet, ikke været fokus på afgrænsning eller konkretisering af målgrupper i forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammerne i Region Hovedstaden og kommunerne i regionen. Tiltagene er således afprøvet på forløb på tværs af de tre kommuner (PPR og myndighed) – og på seks udvalgte pilotafsnit i BUC, der afspejler såvel børn som unge, ambulatorier, dagafsnit og døgnafsnit samt flere matrikler.

På de ambulante afsnit er TIF-tiltagene kun afprøvet på forløb, hvor familierne har bopæl i en af samarbejdskommunerne. Derfor er der her alene målt på oplevelsen af forløb, hvor familierne har haft tilknytning til både et pilotafsnit og en samarbejdskommune.

På dag- og døgnafsnittene er tiltagene afprøvet på alle forløb uagtet familiernes bopælskommune. Her er der således målt på alle forløb, hvor familierne har haft tilknytning til et pilotafsnit.

TIF-tiltagene er afprøvet på henholdsvis:

- Dagafsnit for spiseforstyrrelser
- Åbent døgnafsnit for unge
- Ambulatorie for større børn
- Dag- og døgnafsnit for større børn
- Dagafsnit for større børn
- Ambulatorie for børn

I alt har der været 181 forløb igennem pilotafsnittene. Heraf er 75 fra de tre projektkommuner, henholdsvis 28 forløb fra Gentofte Kommune, 22 forløb fra Frederiksberg Kommune og 25 forløb fra Gladsaxe Kommune. I de kvantitative opgørelser nedenfor skal det begrænsede datamateriale tages i betragtning. Der skal således tages højde for, at de kvantitative opgørelser er behæftet med relativt stor usikkerhed.

Da målgrupperne for forløbsprogrammerne ikke er anvendt som eksklusionsfaktor i forhold til at anvende samarbejdsaftaler, guides m.m. udviklet i forbindelse med TIF, kan spørgeskemaer udfyldt af henholdsvis PPR og myndighedsrådgivere i forbindelse med forløb i stedet være med til at give et billede af, hvor meget forløbsprogrammernes definerede målgrupper i praksis har fyldt.

På tværs af registreringer fra henholdsvis PPR og myndighedsrådgiverne er børn og unge, der i deres kontakt med BUC diagnosticeres med ADHD<sup>2</sup>, klart i overtal. Således har 48% eller 14 af de børn/unge, PPR har registreret, fået diagnosen ADHD. Det samme gør sig gældende for 60% eller seks af børnene/de unge registreret i børne-familieafdelingerne. For diagnosen autismspektrumforstyrrelse, der ikke på nuværende tidspunkt er en del af målgrupperne for forløbsprogrammerne, er de tilsvarende tal henholdsvis 34% (10 børn/unge) og 20% (2 børn/unge). Til sammenligning fylder henholdsvis spiseforstyrrelser og angst og depression ikke ret meget i det samlede målgruppebillede. Her har PPR registreret to børn/unge med angst, to børn/unge med depression og et barn/en ung med spiseforstyrrelse. Fra børne-familieafdelingen har man registreret et barn/en ung, der har fået diagnosen angst, og et barn/en ung med diagnosen spiseforstyrrelse. Den samme tendens gør sig gældende, når man ser på tværs af alle tværsektorielle forløb mellem de tre kommuner og det samlede BUC. Ovenstående observationer peger også på, at der er grupper af børn og unge – formodentlig særligt inden for angst/depression og spiseforstyrrelser – der henvises til psykiatrien gennem andre aktører end PPR og børne- og familieafdelingerne. Det er fx almen praksis, privatpraktiserende psykiatere, der sammen med den kommunale sundhedspleje og privatpraktiserende psykologer også er centrale aktører på området.

### 3.2.1.3 Region Midtjylland og kommuner

I Region Midtjylland er der i forbindelse med afholdelse af Samrum registreret data på henholdsvis målgruppe, alder samt hvorvidt en henvisning er relevant eller ej på tværs af de to pilotkommuner.

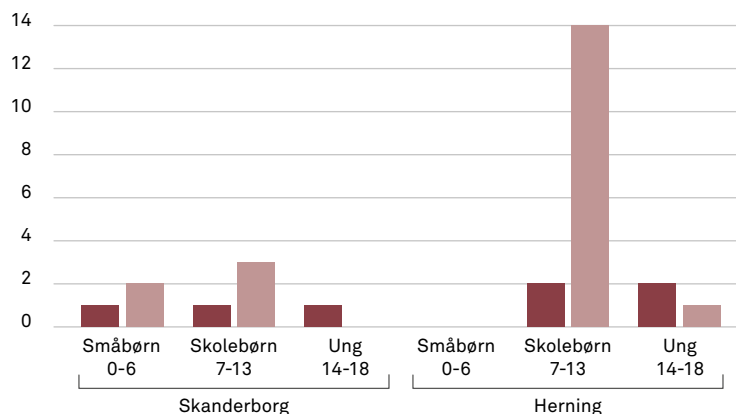
Registreringerne viser, at børn og unge med symptomer på ADHD fylder mest i Samrum, men samtidig ikke ret ofte ender ud i en anbefaling af henvisning. Således er der afholdt Samrum om i alt 28 børn/unge med symptomer på ADHD, hvoraf blot syv *endte med anbefaling af henvisning* som illustreret i nedenstående overblik. Som det ses, er der samtidig en overvægt af skolebørn mellem 7-13 år blandt børnene drøftet i Samrum.

---

<sup>2</sup> Det er i spørgeskemaet muligt at angive flere diagnoser for det enkelte barn.

### Skolebørn

Henvielse som resultat af Samrum for børn og unge med ADHD fordelt på målgruppe og kommune



Til sammenligning er der afholdt Samrum om 10 børn/unge med symptomer på angst og depression, hvoraf halvdelen resulterede i anbefaling af en henvisning. Her er 8 ud af de 10 unge mellem 14 og 18 år, og der er anbefalet henvisninger på begge børn under 14 år samt for tre af de unge. Der er afholdt fire Samrumsdrøftelser om børn/unge med symptomer på spiseforstyrrelser, hvoraf ingen endte med anbefaling om en henvisning.

Specifikt i forhold til målgruppen med spiseforstyrrelser er erfaringen, at når børn eller unge har udfordringer med spiseforstyrrelser i moderat til svær grad, så har de typisk også andre psykiatriske/psykologiske problemstillinger, hvorfor det diagnosespecifikke Samrum er en vanskelig konstruktion, da der forudsættes en lægelig afklaring af øvrige problemstillinger, hvor det ikke er specialister i det spiseforstyrrelser, der kan levere dette.

#### 3.2.1.4 Region Nordjylland og kommuner

I Region Nordjylland var der allerede tidligt i forløbet et ønske fra kommunernes side om at få mere viden om forløbsprogrammernes målgrupper samt en erkendelse af, at der i flere af kommunerne – både pilotkommuner og de resterende kommuner i regionen – ikke findes specialiserede indsatser målrettet disse.

Baselineundersøgelsen viste, at man på tværs af de ti kommuner ikke oplevede et stort overblik over målgruppernes størrelse. Således angav halvdelen af kommunerne i meget lav grad eller i lav grad at have overblik over målgruppernes størrelse, 30% angav i nogen grad at have overblik, og kun 10% angav i høj grad at have dette overblik. Samtidig angav 80%, at der i nogen eller høj grad er behov for at styrke samarbejde og koordinering i forhold til målgruppen internt i kommunen.

Med dette afsæt har man anset det for væsentligt at udarbejde fælles nordjyske modeller for forløbsprogrammer, der, med udgangspunkt i de nationale forløbsprogrammer, præciserer målgruppe, samarbejde, gradueret indsats og opfølgning for indsatsen for de tre diagnosegrupper i Nordjylland. Ligeledes er det fundet væsentligt at kunne lave lokale målgruppenspecifikke præciseringer i de enkelte kommuner, for at understøtte

dette er der udviklet skabeloner til beskrivelse af de lokale forhold, der er centrale for en sammenhængende indsats for børn og unge inden for de tre diagnosegrupper – igen med udgangspunkt i de tre nationale forløbsprogrammer.

En række af prøvehandlingerne har været målgruppespecifikke, og de kan forventes over tid at kunne bibringe kommunerne mere viden om målgrupperne lokalt – men da der også er arbejdet med det generelle tværsektorielle samarbejde i forhold til henvisninger, informationsdeling, netværksmøder, statusudtalelser m.m. i forbindelse med forløb generelt, har målgrupperne ikke i den samlede implementering fungeret som udelukkende i forbindelse med prøvehandlingerne. Der er på nuværende tidspunkt ikke data på forløbene, da arbejdet med implementering af prøvehandlingerne er pågående, hvorfor der ikke endnu kan peges på eventuelle mønstre i forhold til målgrupperne i regionen.

### **3.2.1.5 Region Sjælland og kommuner**

Der har fra start i projektet i Region Sjælland ikke været særskilt fokus på de tre diagnosegrupper, som er omfattet af forløbsprogrammene. Der har helt bevidst ikke været andre formaliserede visitations- eller inklusionskrav end et besøg på PAM, der ikke umiddelbart har ført til indlæggelse. Der er således ikke arbejdet med at beskrive omfang eller udvikling inden for de enkelte diagnosegrupper. I stedet har der – gennem udlevering af standardiserede spørgeskemaer – blevet opgjort SDQ-score på en stor del af de børn og unge, der har været kontakt med. På denne måde er der således – på tværs af diagnosegrupper – arbejdet med en systematisk beskrivelse af trivselsniveauet hos de tilknyttede børn og unge.

I alt har der været kontakt med 1.047 børn og unge i projektperioden frem til medio januar 2021. Selvom adgangen til tilbuddet om styrket samarbejde og koordinering er betinget af, at barnet eller den unge møder op i PAM i Roskilde, har der været børn/unge fra alle kommuner i regionen – og der er ikke noget tydeligt mønster, der tyder på, at kommuner med større geografisk afstand til Roskilde er underrepræsenterede.

Andelen af henvendelser til Bakkehuset viser, set i forhold til befolkningsstørrelsen blandt børn og unge i de 17 kommuner, at der i gennemsnit har der været henvendelse fra ca. 6,4 ‰ af de 0-17-årige i kommunerne svingende fra 3,6 ‰ i Greve Kommune til 10,3 ‰ i Faxe Kommune. Fra en kommune med stor geografisk afstand til Bakkehuset, som fx Lolland Kommune, har der været henvendelse fra ca. 6,1 ‰. Heller ikke hvis der sammenlignes med de centrale visitationstal (børn og unge, der henvises til konkrete afdelinger i den regionale psykiatri gennem en central visitation), ses et mønster, der er forment af geografien.

Indgangen til den nye tværsektorielle enhed gennem PAM har således betydet bred geografisk implementering, på trods af at kun tre kommuner har været med i projektet.

En meget stor del af de børn/unge og deres familier, der har haft kontakt med Bakkehuset, har i forbindelse med den første henvendelse og igen ved afslutning af kontakten med Bakkehuset besvaret et spørgeskema, der er udviklet specifikt til Bakkehuset. Spørgeskemaerne er udfyldt for børn/unge og familier, der har haft kontakt til Bakkehuset fra august 2019 til medio oktober 2020. Der er 528 besvarelser udfyldt i forbindelse med opstart af forløb, og 247 besvarelser er udfyldt i forbindelse med afslutning af forløb. Det store antal besvarelser relativt til det samlede antal kontakter betyder, at man kan antage, at besvarelserne samlet set er repræsentative for målgruppen i Bakkehuset.

På baggrund af disse data ses det, at i forhold til den samlede 0-17-års målgruppe, er de børn og unge, der faktisk har været kontakt til i Bakkehuset, relativt gamle, da mere end 75% af alle de 528 børn/unge, der har udfyldt et spørgeskema ved henvendelsen, er over 14 år gamle. Det fremgår endvidere, at to tredjedele af de børn/unge, der har været kontakt med, er piger.

Den nye praksis er således primært implementeret i forhold til den ældre del af målgruppen og med en klar overvægt af piger i målgruppen.

På baggrund af de udfyldte spørgeskemaer kan det også ses, at selvom henvendelsen til Bakkehuset sker på baggrund af en akut situation (der har ført til besøg i akutmodtagelsen), så har 60% været *bekymrede i mindst et år*, og 70% har *søgt hjælp andre steder tidligere*.

Mange af informanterne fra de gennemførte interviews peger på, at kriteriet for at få hjælp gennem Bakkehuset (henvendelse til PAM) ikke virker relevant. Der peges på, at en lang række børn og unge ville kunne være hjulpet gennem Bakkehuset og på den måde undgå, at de fik behov for besøg i den psykiatriske akutmodtagelse.

Flere informanter både i Bakkehuset, blandt de øvrige regionale enheder og kommunale samarbejdspartner peger også på, at der, jævnfør ovenstående, er opstået den ikke-intenderede praksis, at samarbejdspartner henviser til PAM alene med henblik på at få hjælp i Bakkehuset.

### **3.2.1.6 Region Syddanmark og kommuner**

Som beskrevet ovenfor er der i projektet i Region Syddanmark – som i Region Sjælland – fokus på alle børn og unge med psykiske lidelse og ikke blot børn og unge inden for de tre diagnosegrupper omfattet af forløbsprogrammer.

Alligevel nævnes det flere gange i interviews med implementeringsgrupperne, at fokus på børn og unge med spiseforstyrrelser har betydet noget lokalt i de enkelte kommuner. Her er der kommet en øget opmærksomhed på opsporing af børn og unge med spiseforstyrrelse samt en opmærksomhed på, i hvilket omfang kommunen selv råder over specialiserede tilbud.

Også forældre nævner i interview, at det er tydeligt, at kommunens viden om de specifikke udfordringer ved spiseforstyrrelser er begrænset.

Der er ikke implementeret ny praksis i forhold til opgørelse af omfang og udvikling i målgruppen.

## **3.2.2 Samarbejde og koordination**

### **3.2.2.1 Tværgående sammenfatning**

Behovet for et styrket tværsektorielt samarbejde og koordination af indsatser fylder meget på tværs af alle regioner og kommuner. Nogle steder fylder det så meget, at det har været det primære fokus i forbindelse med implementering af forløbsprogrammerne.



Det har således vist sig helt afgørende at få opbygget strukturer for det grundlæggende samarbejde samt at få etableret arbejds gange og understøttende værktøjer til at sikre ensartethed og systematik på tværs blandt andet i forbindelse med henvisninger, statusnotater og aftalebaserede referater fra tværgående møder.

På tværs af regioner har netop netværksmødet, herunder forberedelse, struktur og indhold på mødet, samt den efterfølgende opsamling på aftaler, roller m.m. fyldt meget som gennemgående "løsning" på koordinationsudfordringen i den enkelte sag. På samme måde har den faste kontaktperson i begge sektorer fyldt i de fleste projekter. Det er i forlængelse af dette blevet tydeligt, at forholdsvis enkle ændringer i form og indhold på allerede eksisterende strukturer og samarbejdsformer opleves at have en stor effekt i praksis.

Der er ligeledes arbejdet med styrket samarbejde og koordinering internt i kommunerne og på tværs af fagområder. Særligt på tværs af børnefamilieområdet og skoleområdet, herunder PPR, er det flere steder blevet tydeligt, at kommunikationen og sammenhænge ikke nødvendigvis er hverken tydelige eller etablerede overhovedet, hvorfor der også her vurderes at være væsentlige potentialer i forhold til yderligere at understøtte sammenhængende og koordinerede forløb.

Som et væsentligt element i at kunne arbejde med et styrket samarbejde er der i flere projekter afdækket et væsentligt behov for at understøtte viden på tværs om de forskellige parters funktion, vilkår og muligheder samt sammenhænge og afhængigheder på tværs.

En region har arbejdet med tværsektorielle praktikbesøg, der bliver beskrevet som en reel øjenåbner i forhold til forståelsen for sammenhængen mellem det arbejde, der udføres af de forskellige aktører, og hvilken betydning en ændret praksis kan have for eksempelvis oplevelsen af hastighed, målrettede forløb og effektive indsatser.

### **3.2.2.2 Region Hovedstaden og kommuner**

De udarbejdede guides, rammer for samarbejde før, under og efter netværksmøder samt den faste kontaktperson i kommune og region udgør en stor del af den beskrevne struktur for det styrkede samarbejde mellem regionen og kommunerne i Region Hovedstaden. De primære byggesten er således en tidligere inddragelse, styrket forberedelse samt bedre samarbejde under og efter netværksmødet med uddelegering af tydelige roller og ansvar.

I interviews på tværs gives der udtryk for, at det i forbindelse med implementeringen er oplevet som en klar styrke, at der er taget udgangspunkt i noget, der allerede er etableret – netværksmødet til eksempel, hvor man har arbejdet med indhold og form. Man har altså forstyrret de kendte rutiner i fællesskab i stedet for at opfinde noget nyt, hvilket har lettet implementeringen.

Man er i forskellig grad nået i mål med implementeringen på tværs af såvel pilotafsnit som kommuner, og der bliver i interviews lagt vægt på, at det tager tid at implementere ny praksis fuldstændigt – på tværs af mange forskellige organisationer, arbejds gange og kulturer.

I BUC har man i de forskellige pilotafsnit monitoreret på både anvendelsen af skabeloner og afholdelse af netværksmøder m.m. Med afsæt i data fra monitoreringen er man, set fra BUC's perspektiv, således lykkedes på tværs af alle pilotafsnit med at implementere skabelonen for en tværsektoriel plan.

De to ambulante pilotafsnit har derudover i det ene tilfælde delvist og i det andet tilfælde fuldt ud implementeret arbejdsgangen omkring tidlig orientering til kommunerne og har i afprøvningsperioden udsendt behandlingsplaner og besked om kontaktperson i de fleste TIF-sager. Derudover er begge afsnit nået i mål med at sende en status/erklæring ud inden netværksmøderne i BUC.

I forbindelse med netværksmøderne er begge dagafsnit ligeledes lykkedes med at implementere arbejdsgangen i forhold til at sende aktuel status til kommunale deltagere forud for hvert møde. Begge afsnit har også implementeret arbejdsgangen i forhold til at fremsende underretning om indlæggelse på afsnittet.

På begge døgnafsnit ses det, at der sendes underretning om indlæggelse på afsnittet til kommunerne, ligesom begge afsnit løbende har dialog med kommunale samarbejdsparter. I forhold til at fremsende information til kommunale deltagere forud for netværksmøder så var dette allerede en arbejdsgang på det ene afsnit, inden projektet startede. På det andet afsnit har der ikke været tradition for dette, og det har været en længere proces at påbegynde implementeringen af det. Afsnittet har siden afslutningen af afprøvningsperioden haft fokus på at få tiltaget implementeret.

I forhold til den mere generelle implementering af TIF-arbejdsgangene på ambulatorierne har en konkret udfordring været, at alle medarbejderne har skullet ændre praksis, men udelukkende i samarbejde med de tre samarbejdskommuner. Det har betydet, at særligt ét af ambulatorierne i mindre grad har anvendt TIF-arbejdsgangene stringent, da behandlerne indimellem har overset, hvorvidt et forløb var et TIF-forløb.

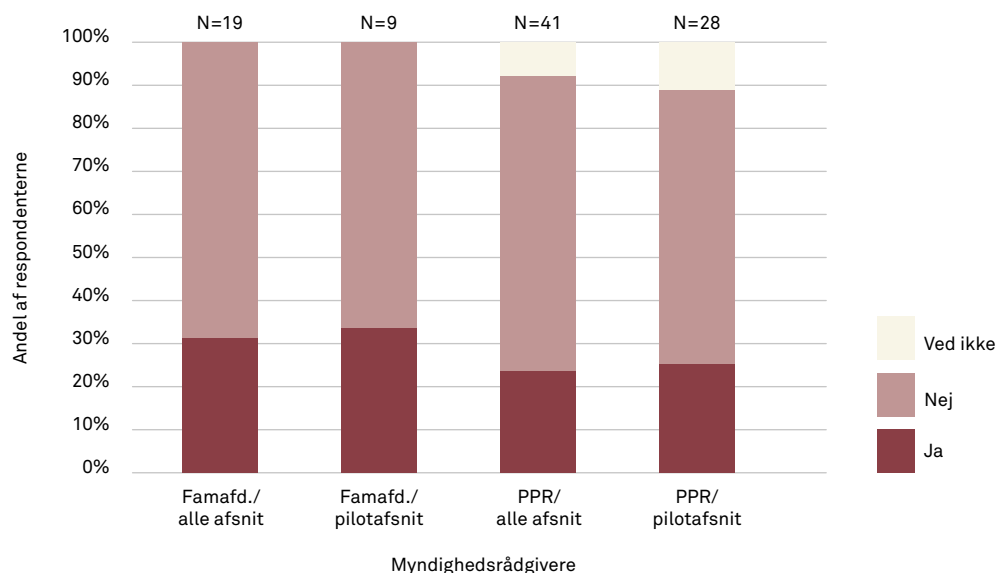
Der er ligeledes i forbindelse med implementeringen indsamlet erfaringer fra kommunal side, hvor der løbende er udfyldt spørgeskemaer i forbindelse med samarbejde om konkrete tværsektorielle forløb – både forløb i pilotafsnit samt på tværs af alle afsnit i BUC.

Af resultaterne på tværs af besvarelser fra PPR og familieafdelinger kan det ses, at der stadig er et stykke implementeringsarbejde, der udestår i forhold til at sikre den fulde implementering hele vejen rundt.

Figuren på modsatte side viser eksempelvis, hvor stor en andel af henholdsvis myndighedsrådgivere og PPR-psykologer der oplevede indledningsvis orientering fra BUC om kontaktperson.

Som det fremgår af figuren, oplevede over halvdelen af respondenterne fra henholdsvis Familieafdelingerne og PPR *ikke at modtage kontaktinformation på den ansvarlige kontaktperson fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center* i starten af forløbet. Dette er en tendens, der gør sig gældende både på tværs af alle afdelinger samt for pilotafsnittene.

**"Modtog du kontaktinfo på ansvarlig kontaktperson i BUC i starten af forløbet"**

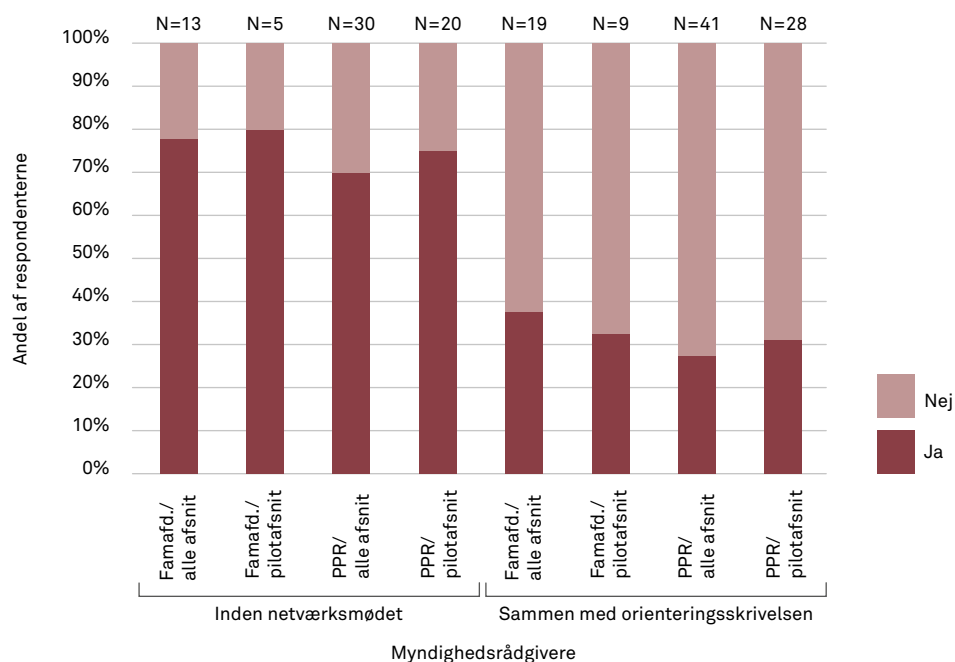


På de afsnit, hvor man er nået længst med implementeringen, vurderes det i interviews, at det har haft en stor betydning for kommunernes mulighed for forberedelse til mødet, når det er lykkedes med blandt andet den tidlige orientering til kommunerne om forløb og kontaktperson samt udsending af behandlingsplaner og status/erklæring inden netværksmøde. Det er samtidig vurderingen, at arbejdet med den tværsektorielle plan har sikret koordination og fælles retning på tværs. Det er tilbagemeldingen fra kommunernes side, at de som en del af implementeringen af forløbsprogrammerne har fået invitationer til netværksmøder i bedre tid samt materiale til forberedelse inden mødet, hvilket har haft en positiv effekt i forhold til at kunne byde kvalitativt ind på mødet og understøtte en fælles retning. I Gladsaxe og Gentofte har man samtidig indarbejdet et forberedelsesmøde blandt relevante parter i gruppen i kommunen inden netværksmødet for yderligere at styrke forberedelsen.

Der gives således udtryk for, at den øgede mængde af skriftligt materiale fra BUC har tilført kommunerne viden, som de ikke havde før TIF, hvilket har understøttet deres forudsætninger for forberedelse og igangsættelse af kommunale indsatser og foranstaltninger. Efterforløbet vurderes således også at være blevet bedre i kommunerne. Generelt er det tilbagemeldingen, at der sker en bedre vurdering af børnene og de unges behov og diagnose, og at denne leveres hurtigere fra BUC, så sagen kan placeres hos den korrekte instans i kommunen.

Når man ser på tilbagemeldingerne fra henholdsvis PPR og Familieafdelingerne fra surveyundersøgelsen, tegner der sig et mere blandet billede af, hvor langt man er med implementeringen i praksis af deling af skriftligt materiale.

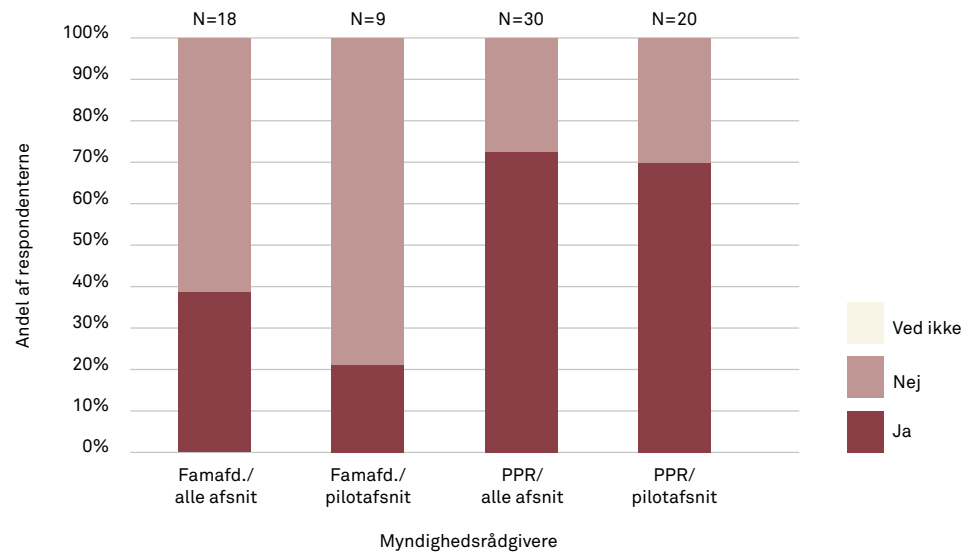
“Modtog skriftlig materiale inden hhv. netværksmødet og i forbindelse med orientingsskrivelsen?”



Som det fremgår af figuren, oplevede størstedelen af respondenterne at modtage skriftligt materiale inden netværksmødet. Dog var det ikke samme oplevelse, der gjorde sig gældende for modtagelsen af skriftligt materiale sammen med orientingsskrivelsen. Her oplevede 63-71 %, at de ikke modtog materialet. Dette er en tendens, der gør sig gældende for såvel alle afdelinger som pilotafsnittene.

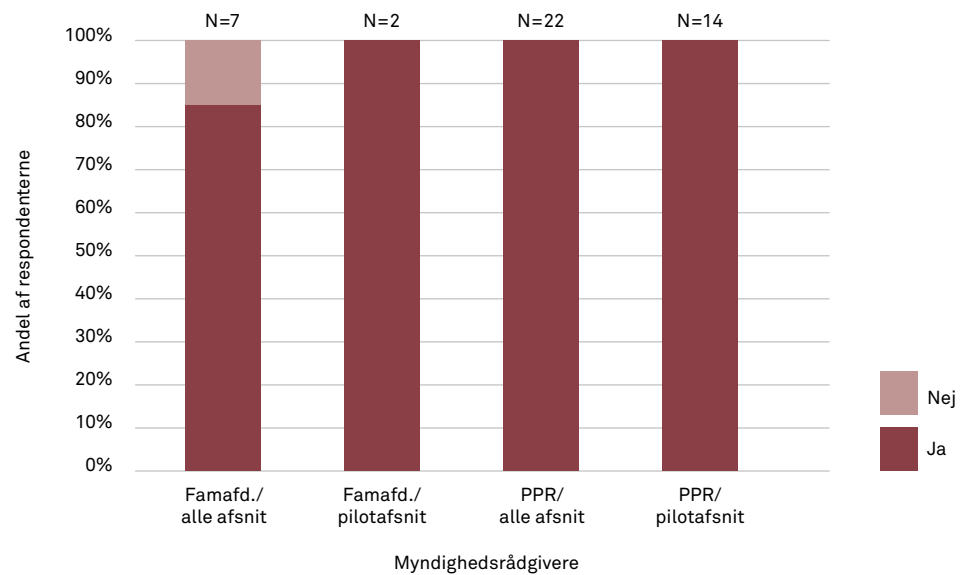
Det er den generelle oplevelse på tværs, at netværksmøderne igennem implementeringen af forløbsprogrammerne er blevet bedre – at alle er forberedte, og at man har et fælles fokus, der sikrer højere kvalitet i den indsats, der leveres til børn og unge med psykiske lidelser. Det er samtidig tilbagemeldingen, at aftalerne mellem barnet/den unge og dennes forældre/pårørende samt de enkelte parter bliver dokumenteret i referater, så såvel fagpersoner som barnet/den unge og forældre/pårørende oplever en tydelig og gennemskelig proces. I praksis er det dog ikke alle parter, der oplever at få referatet efterfølgende.

**“Modtog du et referat efter netværksmødet?”**



Som det fremgår af figuren, oplever 61-78 % af respondenterne fra Familieafdelingerne for såvel alle afsnit som for pilotafsnittene, at de *ikke modtog et referat efter netværksmødet*. Billedet er næsten omvendt for PPR, hvor det kun er 27-30 % af respondenterne, der *ikke modtog referat efter et konkret netværksmøde*.

**“Fremgik det tydeligt af referatet, hvilke aftaler der blev indgået på netværksmødet?”**



Tilbagemeldingen i forhold til kvaliteten af referaterne og tydeliggørelse af aftaler er imidlertid utvetydig; her oplever stort set alle, at referatet er tydeligt.

### **3.2.2.3 Region Midtjylland og kommuner**

Det er tilbagemeldingen i interviews med ledere og medarbejdere på tværs, at forløbsprogrammerne i praksis har fungeret som et godt afsæt for faglig drøftelse og oversættelse til konkrete værktøjer og lokal praksis, samtidig med at det har været en anledning til at tvinge de forskellige aktører til at tænke ud over egne grænser og indsatser.

Der er samtidig igennem de løbende Samrum skabt langt bedre kontakt mellem kommuner og den regionale psykiatri. Samrum har understøttet en forstærket praksis i forhold til henvisninger, så det i langt højere grad opleves som de rette børn/unge, der sendes videre fra indledende indsatser på Trin 1 og 2 i den primære sektor. Dette kan dog ikke på nuværende tidspunkt understøttes af data i forhold til tilbagevisninger.

Det er oplevelsen, at Samrum i høj grad sikrer gode faglige perspektiver og refleksioner på tværs i forhold til en given ung eller barn, og at forældrene eller anden pårørende med dette afsæt oplever, at der er talt sammen på tværs.

Fagpersonerne oplever samtidig, at man har en bedre fornemmelse af, hvad der sker i sagen på tværs af sektor, og at der generelt er kortere vej mellem kommune og psykiatri.

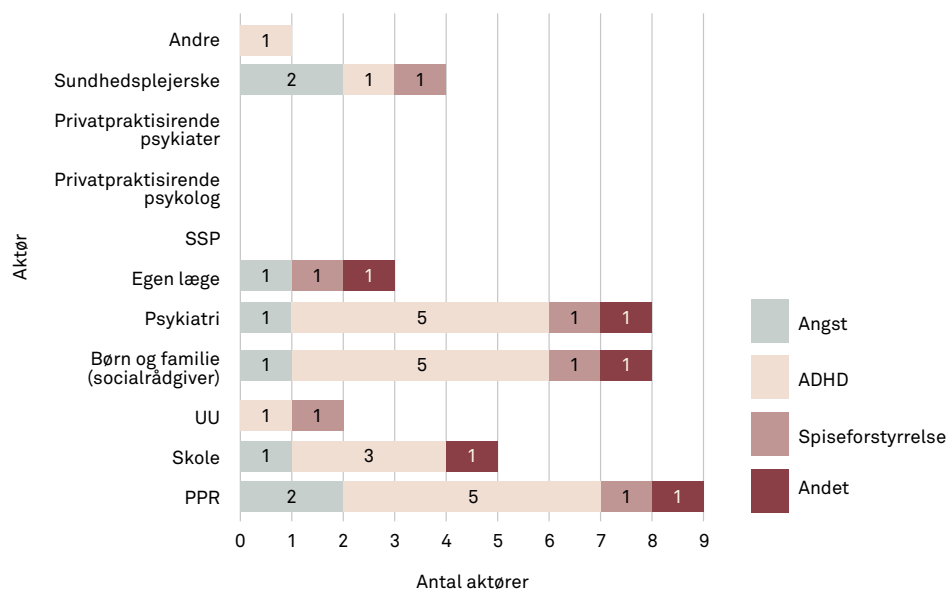
BUA oplever samtidig, at henvisninger er blevet bedre, mere stringente og lettere at træffe beslutninger i forhold til. Oplysningerne bruges i højere grad af BUA, hvilket betyder, at man i praksis sparer tid i forhold til udredning, fordi man ikke oplever at have behov for lige så mange afklarende samtaler.

Samtidig oplever kommunerne, at særligt PPR-medarbejderne har fundet en større faglig ro i krydspresset mellem skoler og forældre/pårørende, fordi de nu med drøftelser i Samrum kan læne sig op ad fælles aftaler og ensartede praksisser. Generelt er tilbagemeldingen, at man har lært hinanden meget bedre at kende og fået større forståelse for hinandens praksis – både tværsektorielt og internt i kommunerne.

Endelig fremhæves implementeringen og anvendelsen af SoS på tværs som et væsentligt værktøj til at understøtte et fælles sprog i samarbejdet. Hvor meget det anvendes i praksis, er der på nuværende tidspunkt ikke data på.

Der er i forbindelse med evalueringen udført sagsaudit på i alt ni sager, hvoraf fem er børn og unge med diagnosen ADHD, en har spiseforstyrrelser, to har angst, og en har symptomer på angst. Nedenfor vises fordelingen af sager på diagnose og involverede aktører, hvor det blandt andet kan ses, at egen læge kun er involveret i tre sager, hvilket understøtter den generelle tilbage melding, at der er behov for yderligere at styrke dette samarbejde i forhold til de graduerede indsatser:

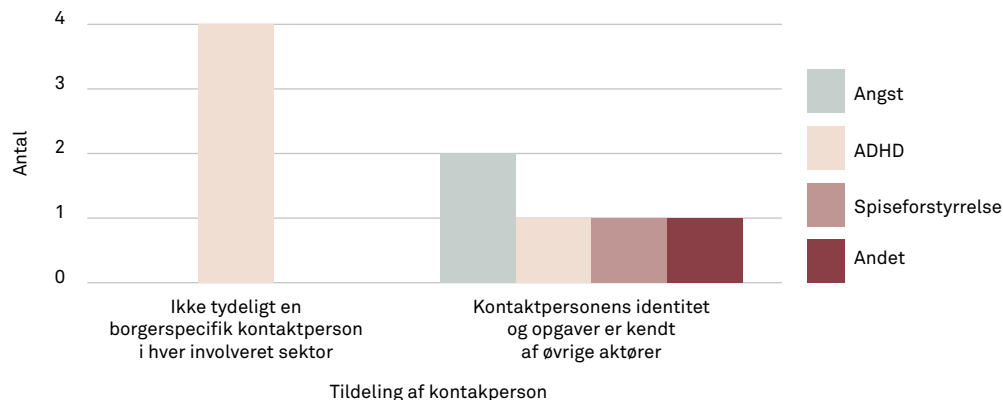
### Aktører i forløbet fordelt på diagnose og typen af aktør



På tværs af sagerne kan det ses, at der i syv sager er givet orientering til alle samarbejdspartener om igangsættelse af indsats – i de sidste to sager er orientering givet til nogle samarbejdspartener, men ikke alle. I alle sagerne har orienteringen ført til en tværsektoriel aktivitet (på nær en, der er udsat på grund af COVID-19) som eksempelvis sparring eller afholdelse af et netværksmøde. Hvor det er vurderet relevant, er der ligeledes igangsat parallelle indsatser – kun i en sag er der ikke igangsat parallelle indsatser hos alle relevante aktører.

I forhold til hvorvidt der er tildelt en kontaktperson i begge sektorer, som man kender til på tværs, antyder sagsauditten også, at der stadig er et stykke implementeringsarbejde forude.

### Tildeling af kontaktperson fordelt på diagnose



Således er der i knap halvdelen af sagerne ikke tydeligt angivet en kontaktperson i begge sektorer. I de sager, hvor der er kontaktpersoner angivet, er såvel rolle som identitet imidlertid kendt på tværs, hvilket fremgår af nedenstående figur.

#### 3.2.2.4 Region Nordjylland og kommuner

I den indledende baseline udarbejdet i Region Nordjylland vurderer 80 % af kommunerne, at der *i høj grad* eller *meget høj grad* er klare retningslinjer for, hvordan kommunen ved bekymring for et barn/en ung foretager en faglig vurdering af barnet/den unges behov og tager stilling til, om barnet/den unge og familien har behov for en kommunal indsats. 80 % angiver dog samtidig, at der kun *i lav* eller *i nogen grad* er et lokalt overblik over kommunens samlede indsatsvifte på tværs af områder, og 90 % angiver, at der kun *i meget lav grad* er løbende koordinering og sparring med almen praksis gennem hele barnets/den unges forløb.

Baseline viser samtidig, at der er stort potentiale for udvikling i forhold til det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med indsats(er) på tværs. Således angiver 90 %, at der *i meget lav grad* eller *i lav grad* altid tages stilling til og aftales, om der skal udpeges en ansvarlig kontaktperson blandt de involverede med henblik på at varetage en koordinerende rolle på tværs af sektorer. 90 % angiver, at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri *i lav* eller *i nogen grad* efter udredning formidler vurderingens/diagnosens indhold samt eventuelt iværksat psykiatrisk behandling og resultater til kommunen og forældre/pårørende, ligesom 90 % angiver, at det *i meget lav grad* eller *i lav grad* er tilfældet, at kommunen holder børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri løbende orienteret om, at en social, psykologisk og/eller pædagogisk indsats iværksættes sideløbende med eller som opfølgning på forløbet i psykiatrien.

En stor del af de prøvehandlinger, der er under implementering i Region Nordjylland og kommuner, har omdrejningspunkt i et ønske om et styrket tværsektorielt samarbejde – med afsæt i forskellig grad af involvering på tværs alt efter trin i de graduerede indsatser.

Som allerede beskrevet er der endnu ikke data på, hvordan effekten opleves, men der er foreløbige erfaringer indhentet igennem såvel interviews som foreløbige overordnede tilbagemeldinger på nogle af prøvehandlingerne.

Fordi der ikke er arbejdet med det samme i alle kommuner, er tilbagemeldingerne på erfaringer med prøvehandlinger samt den generelle implementering i nogle tilfælde udtryk for oplevelser på tværs af kommuner, men i flere tilfælde vil tilbagemeldingerne være lokale oplevelser af virkningsfulde tiltag eller konkrete udfordringer i forbindelse med implementeringen.

I forhold til samarbejde og koordinering er det dog den foreløbige tilbagemelding på tværs i såvel interviews som de foreløbige opsamlinger på relevante prøvehandlinger, at alle de iværksatte initiativer, der går på tværs i forhold til styrket informationsdeling, rådgivning fra den regionale psykiatri ind i kommunerne samt styrket praksis i forhold til henvisninger, opfølgninger og overgange, har styrket indsigten på tværs samt forståelsen for, hvordan man kan "spille hinanden gode" – og hermed er de med til at sikre bedre indsatser og forløb for børnene og de unge. Det er samtidig tilbagemeldingen, at produktionen af øget information til deling på tværs er tidskrævende.



Eksempelvis har man i to kommuner arbejdet med et nyt henvisningsskema til Ambulatorium for ADHD. De kommunale medarbejdere, der har anvendt skemaet, fortæller, at de med skemaet bliver tvunget til at beskrive sagen mere tværfagligt end tidligere, hvilket anses som positivt for helhedsforståelsen af sagen. Derudover har skemaet tydeliggjort for de kommunale medarbejdere, hvad det er, der er særligt vigtigt for psykiatrien i forbindelse med en henvisning. De kommunale medarbejdere bruger dog lidt længere tid på at udfylde skemaet i forhold til det tidligere henvisningsskema.

Behandlerne fra ambulatoriet oplever på den anden side, at skemaet skaber et bedre overblik over sagen, at de har de rette oplysninger fra start, og at de derfor er bedre forberedt forud for første samtale med barnet/den unge. Det understøtter i praksis muligheden for at overholde udrednings- og behandlingsgarantien på 30 dage.

Hensigten med det nye henvisningsskema var, at den tid, psykiatrien sparer, skulle komme samarbejdet til gode i form af flere tværsektorielle netværksmøder. Dette er imidlertid ikke sket inden for projektperioden, og det kan for nogle kommunale medarbejdere derfor være frustrerende, at de selv skal bruge mere tid på udfyldelse af henvisninger.

Ligesådan har man fra Ambulatorium for Børne- og Ungdomspsykiatri i forhold til alle fire pilotkommuner i implementeringsforløbet arbejdet med udarbejdelsen af statusudtalelser til henviser efter endt udredning i fortsatte forløb. Statusskrivelsen indeholder viden om udredningens resultater samt behandlingsplan. Statusskrivelsen sikrer dels løbende informationsdeling mellem sektorerne, dels gør det kommunen i stand til rettidigt at igangsætte relevante indsatser, tilbud mv. til barnet/den unge, når denne udskrives.

Ifølge den lokale erfaringsopsamling oplever de kommuner, der har modtaget statusskrivelsen, det meget positivt. De oplever, at de er bedre orienterede om et barns/en ungs forløb samt mere forberedte ved barnets/den unges udskrivelse. En enkelt kommune har igangsat deres egen kommunale prøvehandling, hvori de udvikler en struktur for, hvordan de kommunalt handler på/anvender statusskrivelsen fra Ambulatorium for Børne- og Ungdomspsykiatri.

Ud over de konkrete erfaringer med prøvehandling til understøttelse af samarbejde og koordination bliver også den tværsektorielle praktikordning fremhævet som en øjenåbner på tværs i forhold til at understøtte en erkendelse af, hvordan arbejdet i den ene sektor påvirker mulighederne i den anden, netop i forhold til eksempelvis løbende deling af status fra psykiatrien eller bedre henvisninger fra kommunerne. Det er således oplevelsen, at man har fået en større forståelse for hinandens vilkår på tværs, hvilket i forlængelse heraf har styrket den generelle dialog i forbindelse med eksempelvis netværksmøder.

Generelt er det altså erfaringen på nuværende tidspunkt i implementeringen, at det styrkede samarbejde og en øget gennemsigtighed på tværs – både internt i kommunerne og tværsektorielt – sikrer en hurtigere afklaring af, hvem der skal gøre hvad hvornår og i hvilken takt til fordel for børnene og de unge.

### 3.2.2.5 Region Sjælland og kommuner

Samarbejde og koordinering er kernen af Bakkehusets opgave. Praksis tager afsæt i børn, unge og deres familier, der har været i så stor krise, at de har henvendt sig til den psykiatriske akutmodtagelse. Her er de ikke blevet indlagt, men er i stedet viderehenvist til Bakkehuset. Bakkehusets opgave er derfra, med medarbejderen egne ord, at "holde hånden under familierne", indtil de er "grebet" et andet sted.

Opgaven er således at stabilisere familien i situationen og skabe overblik over de konkrete udfordringer og mulige løsninger/indsatser for barn og familie.

**Samarbejde om indsatsen:** Det er Bakkehusets erfaring, at der meget ofte allerede er indsatser i gang eller kontakt med andre støtte- eller behandlingsaktører, når familien henvender sig til Bakkehuset. Dette understøttes af de seks forløb, som der er gennemført en mindre audit for. Her fremgår det, at skole og børne- og familieområdet er involveret i alle seks forløb, at PPR ofte er involveret, og at egen læge kun er involveret i et enkelt af de seks forløb. Der kan selvfølgelig ikke konkluderes entydigt på så relativt smalt et datagrundlag, men oplevelsen af, at der ofte er meget i gang allerede inden, at familien får kontakt til Bakkehuset, bakkes op af medarbejdere og ledelses fortællinger om målgruppen i Bakkehuset.

Mange af de familier, der har fået hjælp i Bakkehuset og har udfyldt spørgeskema i forbindelse med henvendelsen, oplever ikke, at hjælpen inden Bakkehuset har været sammenhængende. Kun 38 ud af 299 børn/familier (svarende til 13 %) oplever, at hjælpen inden Bakkehuset i meget høj grad eller i høj grad har været sammenhængende. 163 ud af 299 (55 %) oplever, at hjælpen slet ikke eller kun i ringe grad hang sammen på tværs.

*Samarbejde om indsatsen:* Det er Bakkehusets erfaring, at der meget ofte allerede er indsatser i gang eller kontakt med andre støtte- eller behandlingsaktører, når familien henvender sig til Bakkehuset. Dette understøttes af de seks forløb, som der er gennemført en mindre audit for. Her fremgår det, at skole og børne- og familieområdet er involveret i alle seks forløb, at PPR ofte er involveret, og at egen læge kun er involveret i et enkelt af de seks forløb. Der kan selvfølgelig ikke konkluderes entydigt på så relativt smalt et datagrundlag, men oplevelsen af, at der ofte er meget i gang allerede inden, at familien får kontakt til Bakkehuset, bakkes op af medarbejdere og ledelses fortællinger om målgruppen i Bakkehuset.

Mange af de familier, der har fået hjælp i Bakkehuset og har udfyldt spørgeskema i forbindelse med henvendelsen, oplever ikke, at hjælpen, de har modtaget, inden de fik kontakt med Bakkehuset, har været sammenhængende. Kun 38 ud af 299 børn/familier (svarende til 13 %) oplever, at hjælpen inden Bakkehuset i meget høj grad eller i høj grad har været sammenhængende. 163 ud af 299 (55 %) oplever, at hjælpen inden Bakkehuset slet ikke eller kun i ringe grad hang sammen på tværs.

I den indledende kontakt er der derfor en stor opgave i at afdække familiernes forløb, som de har set ud indtil henvendelsen i Bakkehuset. For at sikre dette tager Bakkehuset ofte kontakt til de tidligere involverede parter for at indhente perspektiver og viden fra disse øvrige parter. Ansatte i Bakkehuset peger på, at man i Bakkehuset tænker flere aktører ind i helhedsbilledet af barnet eller den unges og dennes forældres/pårørendes situation, netop fordi der er ansat medarbejdere med erfaring fra forskellige sektorer.

Når den hidtidige indsats er kortlagt og relevante aktører identificeret, skal der lægges en plan for den kommende indsats, der som udgangspunkt skal forankres hos en anden aktør. Her iværksættes ofte netværksmøder for at lægge en sammenhængende og tværgående plan. I gennemsnit har Bakkehuset deltaget i netværksmøder for ca. 60 % af de børn og unge, hvor familien har udfyldt spørgeskema ved afslutning af forløbet i Bakkehuset. Også i de seks forløb, der er lavet audit på, er det tydeligt, at der reageres ved kontakt med aktører fra en anden sektor ved at afholde netværksmøde.

I de 247 besvarelser på spørgeskemaerne, der udfyldes i forbindelse med afslutning af forløb i Bakkehuset, peger familierne på, hvordan de har oplevet at få støtte af Bakkehuset til at skabe sammenhæng i indsatsen:

- 72 % peger på, at de har fået hjælp til at kontakte andre relevante aktører såsom kommune eller skole.
- 60 % oplever, at de har fået hjælp til at få overblik over, hvad der skal eller kan gøres i forhold til deres problemstilling.
- 40 % beskriver, at de har deltaget i møder sammen med Bakkehuset og øvrige aktører.
- 83 % angiver, at de har modtaget rådgivning. Det er ikke muligt ud fra data at se, hvilken type rådgivning dette har været, og om det derfor har været rettet mod styrket samarbejde og koordinering eller mod styrkelse af familiens evne til at håndtere udfordringerne i forbindelse med de psykiske vanskeligheder i sig selv.

Et andet afgørende element i indsatsen for at styrke samarbejde og koordinering er tildeling af en fast kontaktperson for det enkelte barn/den enkelte unge. Denne kontaktperson anvender mere tid på løbende kontakt med barnet/ den unge og dennes familie, end man gør andre steder i den regionale behandlingspsykiatri. Det fremgår også af de seks forløb, der er gennemført audit på, at der meget hurtigt – i de fleste tilfælde inden for en uge – efter kontakt til Bakkehuset tildeles en kontaktperson til det enkelte barn/den enkelte unge.

Der er gennemført hjemmebesøg eller besøg på døgntilbud (institution/opholdssted) i over halvdelen (60 %) af de familier, der har været i kontakt med Bakkehuset og har besvaret spørgeskema i forbindelse med afslutningen af forløbet.

Den hyppigste form for kontakt har været telefonkonsultationer, hvor der har været knap 10 telefonkonsultationer per barn/ung, der har været kontakt med, jf. de udfyldte spørgeskemaer. Dette skal selvfølgelig også ses i lyset af COVID-19-situationen, der har betydet mindre personligt møde og mere telefonisk kontakt.

Medarbejdere i Bakkehuset peger i interviews på, at recovery-orienteringen er central i tilgangen i Bakkehuset med fokus på at inddrage barnet eller den unge og dennes familie i beslutninger om den relevante indsats. Ligeledes peger medarbejderne på, at børn og unge og deres familier værdsætter den store grad af tilgængelighed, som de oplever fra Bakkehusets side. Dette bakkes op af interviews med to forældre, hvis børn har været tilknyttet Bakkehuset. Forældrene fortæller også, at de oplever Bakkehuset som imødekommende og meget anderledes end mødet med psykiatrien i PAM.

Medarbejderne i Bakkehuset reflekterer selv over den rolle, de har i forhold til familierne. Her peges der på, at Bakkehuset ikke bestemmer noget i forhold til familierne. Bakkehuset kan ikke træffe afgørelse om, hvilken indsats der kan sættes i værk. Det er andre aktører, der tilbyder og beslutter, om en given anden indsats kan iværksættes. Derfor kan Bakkehuset have en mere neutral rolle i forhold til barnet/den unge og støtte denne gennem mødet med andre aktører.

49 % af de børn/unge/familier, der har svaret på spørgeskema i forbindelse med afslutning af forløb i Bakkehuset, har oplevet, at Bakkehuset *i meget høj grad* har hjulpet dem, og 31 % oplever, at Bakkehuset *i høj grad* har hjulpet dem. Kun 3 % føler sig *slet ikke* eller kun *i ringe grad* hjulpet af Bakkehuset. Det fremgår ikke af svarene, hvad familierne oplever sig hjulpet med, men i de kvalitative bemærkninger i spørgeskemaet og i de gennemførte interviews med de to forældre, der har haft forløb for deres børn i Bakkehuset, fremgår det, at særligt de løbende samtaler, den løbende opsøgende kontakt og muligheden for telefonisk kontakt ved behov har været hjælpsomt.

### Styrket samarbejde

Der er en række tegn på, at samarbejdet om indsatsen for børn, unge og deres familier forbedres betydeligt gennem Bakkehusets indsats.

Af de familier, der har udfyldt spørgeskema i forbindelse med afslutning af deres forløb i Bakkehuset, har 156 ud af 202 (77 %) svaret, at Bakkehuset har bidraget til at skabe sammenhæng i indsatsen *i høj* eller *i meget høj grad*, og kun 12 ud af 202 (6 %) oplever, at Bakkehuset kun *i ringe grad* eller *slet ikke* har bidraget til sammenhæng i indsatsen.

Det er i særlig grad den kommunale børne- og familieforvaltning (for 75 %) og skolen (for 50 %), der er sikret samarbejde med gennem indsatsen i Bakkehuset, hvorimod Bakkehuset sjældent har kontakt til egen læge (for 11 %) i forløbene. Der er meget høj grad af tilfredshed hos familierne med samarbejdet mellem Bakkehuset og øvrige aktører. Også her skiller samarbejdet med egen læge sig dog lidt ud med en gennemsnitligt lavere grad af tilfredshed med samarbejdet.

En forælder udtaler således: *"Vi oplevede, at de havde styr på hele systemet. De forskellige parter rolle. De har et godt tværgående blik."*

Af auditgennemgangen af seks forløb fremgår det, at der er en god praksis om orientering til samarbejdsparter, når indsatser igangsættes af andre aktører i de konkrete sagsforløb. Dog orienteres der ikke til alle relevante parter i alle sagsforløb.

I fem ud af de seks forløb førte indsatsen til, at der blev iværksat relevante forløb hos andre aktører. I interviews med medarbejdere og samarbejdsparter fremhæves netværksmøder som meget virkningsfulde for at etablere et velfungerende samarbejde i de enkelte forløb.

I interviews med kommunale samarbejdsparter fremgår det, at de kommunale samarbejdsparter oplever tilbuddet om en tovholder i Bakkehuset som en stor hjælp.

Ifølge ledelsen i Bakkehuset betyder det gode samarbejde, at børnene/de unge hurtigere får tilbudt den rette indsats *"i stedet for at falde mellem to stole"*.

## Støtte til familier i krise

Både i interviews med forældre og i de kvalitative kommentarer i de besvarede spørgeskemaer fremgår det, at forældre til børn og unge, der har haft forløb i Bakkehuset, oplever sig imødekommet og lyttet til. Mere end 80 % af de familier, der har udfyldt spørgeskemaer, har oplevet, at personalet i Bakkehuset spørger ind til familiens egne erfaringer med barnets/den unges udfordringer og inddrager familien i beslutningerne om den hjælp, barnet/den unge skal have tilbudt.

En forælder fortæller i interview: *"De er ærlige, og man føler, at de har tid til en. (...) De ringer selv op – 'hvordan er det gået?' De overholder deres aftaler – telefonaftaler. Vi skal ikke gå og vente på e-Boks."*

For medarbejderne er det vigtigt, at forældrene/de pårørende oplever, at det ikke er dem, der har ansvaret for at navigere mellem de forskellige aktører. Medarbejderne formulerer i interviews, at de tager et pres fra forældrene/de pårørende, der ofte er i krise, når de henvender sig ved at tilbyde en tovholder, som forældrene/de pårørende kan kontakte.

Den ene af de interviewede forældre giver udtryk for et ønske om, at også forældrene/de pårørende kan få flere støttende samtaler, da forælderen oplever også selv at være psykisk belastet i forløbet omkring barnets/den unges psykiske vanskeligheder.

## Færre gentagne besøg i akutmodtagelsen

Både personale i Bakkehuset og personale i PAM vurderer – uden at have objektive data om dette – at der nu er færre gentagne besøg i den psykiatriske akutmodtagelse. Samtidig peger personale fra PAM på, at presset på akutmodtagelsen er lempet en smule, ved at der er færre forældre/pårørende i krise ved henvendelsen til PAM.

Personale i Bakkehuset vurderer endvidere, at indsatsen i Bakkehuset er med til at forebygge indlæggelser på psykiatrisk afdeling.

## Udfordringer

Ifølge personale og ledelse i Bakkehuset er der fortsat en række udfordringer i forhold til at skabe sammenhæng i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser. For det første er der manglende samarbejde mellem aktørerne i de mange sager, hvor der i forvejen er flere indsatser iværksat.

For det andet oplever medarbejderne i Bakkehuset, at der er stor forskel på hastigheden, hvormed de forskellige parter arbejder. Når der i en konkret sag skal gennemføres yderligere udredning/undersøgelse i kommunen ved fx en PPV eller en børnefaglig undersøgelse, oplever medarbejdere i Bakkehuset, at lang sagsbehandlingstid betyder, at sagerne hober sig op i Bakkehuset, da de ikke kan komme videre, før der er foretaget relevant udredning.

For det tredje fremgår det, af de sager, der er gennemgået i audit, at der stadig er udfordringer med gensidig orientering mellem de relevante aktører ved skift i kontaktpersoner og indsatser.

For det fjerde peger både medarbejdere i Bakkehuset og samarbejdsparter i interviews på, at mange af de børn og unge, der har forløb i Bakkehuset, ville have haft gavn af en tidligere tværsektorielt koordineret indsats.

Endelig peger medarbejdere og ledelse i Bakkehuset på, at det er vanskeligt at etablere et samarbejde med opholdssteder og døgninstitutioner for børn og unge, da disse ofte fravælger at kontakte Bakkehuset efter kontakt med akutmodtagelsen.

### **3.2.2.6 Region Syddanmark og kommuner**

Der er i Region Syddanmark fuldt fokus på styrkelse af samarbejde og koordinering i den tværsektorielle indsats for børn og unge med psykiske lidelser.

Der arbejdes med implementering af styrket samarbejde gennem fire geografisk inddelte implementeringsgrupper, hvor der er repræsentanter for de vigtigste aktører i hver gruppe. Således er alle kommuner og psykiatriske afdelinger involveret direkte i arbejdet med at implementere forløbsprogrammerne i Region Syddanmark og kommuner. Almen praksis er også repræsenteret i alle grupper, men ikke fra alle relevante kommuner. Ifølge interviews med repræsentanter for disse grupper arbejdes der her særligt med at styrke:

- Underretninger
- Netværksmøder
- Tovholderfunktion

Der er ifølge disse interviews endnu ikke arbejdet fokuseret med opfølgning på fravær i skole og dagtilbud og heller ikke på en samlet model for systematiseret kommunikation mellem parterne i tværsektorielle forløb.

I interviews fortæller både projektledelse og deltagere i implementeringsgrupperne, at arbejdet også handler om at ændre kulturen fra en dem og os-kultur til en vi-kultur, der er bygget på gensidig viden om hinandens opgaver og vilkår i stedet for gensidig mistro og konkurrence. Flere af de kommunale repræsentanter fortæller endvidere, at forløbsprogrammerne med deres målgruppefokus ikke er så centralt for arbejdet – det er mere samarbejdet generelt mellem kommuner, region og almen praksis, der er i fokus.

Arbejdet i implementeringsgrupperne er i gang, men ingen steder er de nået til egentlig konkretisering af en ny praksis. Der arbejdes med at indhente erfaringer fra forsøg med ændret praksis i mindre skala. Ambitionen er, at implementeringsgrupperne viderefører deres erfaringer til arbejdsgruppen, der så kan tage stilling til, hvilken praksis der bør implementeres bredt i region og kommuner.

Netværksmøde/samarbejds møde opleves på tværs af de relevante aktører som den centrale koordinerende indsats. Det er her, der orienteres på tværs af aktører om igangværende og nye indsatser. Der opleves stor opbakning til deltagelse i netværksmøder fra alle relevante aktører, og hvis inviterede ikke deltager, så sendes referat også til disse parter.

De samarbejdsparter, der er indhentet information fra, giver udtryk for, at netværksmøderne også er det forum, hvor kvaliteten i det samlede forløb sikres.

Fra de fire konkrete forløb for børn/unge og deres familier/pårørende, der er indhentet informationer om, fremgår det, at der ikke er tydelige kontaktpersoner eller tovholdere hos de forskellige aktører – hverken blandt de professionelle eller forældrene/de pårørende. Der peges blandt andet på udfordringer, når der skiftes medarbejdere i de forskellige organisatoriske enheder, hvor det alene er familiens opgave at informere om nye relevante samarbejdsparter til de øvrige aktører.

Deltagere i implementeringsgrupperne peger også på, at der bør være et stærkere organisatorisk forpligtigende samarbejde mellem kommunerne og de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, fx gennem et understøttende forum til de sager, som parterne ikke kan blive enige om.

Der er igangsat tracerforløb inden for spiseforstyrrelser, angst/depression og ADHD, som skal hjælpe med at afdække muligheder og udfordringer i samarbejdet set fra fagpersonalets samt børnenes/de unges og deres forældres/pårørendes synsvinkler. Denne information opfattes som et vigtigt fundament for det videre udviklingsarbejde.

Der er afholdt to tema- og inspirationsdage for implementeringsgruppe, ledere, nøglepersoner og arbejdsgruppen for aktørerne i geografisk afgrænsede områder. Formålet med dagene var at bringe ansvarlige ledere og nøglemedarbejdere sammen i et inspirerende og forpligtende arbejdsrum om indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser i Region Syddanmark.

Af opsamling på erfaringer fra temadagene fremgår det, at temadagen blandt andet førte til en ahaoplevelse i regionen. Det blev tydeligt, hvor meget kommunerne kan og gør i forhold til den samlede indsats, og øgede dermed forståelsen for tilbuddene i de forskellige sektorer. Ligeledes blev det tydeligt, at der er behov for at tydeliggøre, hvem der har hvilke opgaver på baggrund af viden om de konkrete tilbud i kommunerne. Således rejste det fx spørgsmålet om, hvad børne- og ungdomspsykiatrien skal tilbyde, når kommunerne fx har Cool Kids.

**Udfordringer:** Af de gennemgåede forløb fremgår det, at der er manglende kendskab til opgaver på tværs af aktører og sektorer. Dette fremgår også af opsamling på gennemført temadag for somatisk og psykiatrisk samordningsforum Lillebælt, der omfatter Fredericia Kommune, Kolding Kommune, Billund Kommune, Vejen Kommune, Vejle Kommune, Middelfart Kommune, Sygehus Lillebælt, den regionale behandlingspsykiatri og almen praksis.

Ligeledes fremgår det af alle forløb, at der ikke er nogen systematik i forhold til tovholder eller kontaktperson i de enkelte forløb, og at det ofte er uklart for de regionale parter, hvem de skal kontakte i kommunen. Særligt ved udskiftning i personale i indsatsen opleves dette som et stort problem. Alle parter peger på, at dette er et område, hvor indsatsen kan forbedres. Der er således stort potentiale for at forbedre netop denne del af indsatsen i det videre forløb i implementeringen af forløbsprogrammernes ambitioner.

I de gennemgåede konkrete forløb opleves det ligeledes, at kommunikationen mellem parterne i en sag ofte er envejskommunikation. Dette betyder også, at der overleveres information fra en part til en anden, som forventes at overtage indsatsen. Der arbejdes i de gennemgåede konkrete forløb kun i mindre omfang i parallelle koordinerede indsatser.

Blandt repræsentanter for implementeringsgrupperne påpeges det, at inddragelsen af de somatiske afdelinger i samarbejdet er særligt vanskeligt.

I implementeringsgrupperne påpeges det også, at det er en udfordring, at der er så stor forskel på rammer, opgaver og vilkår for de forskellige parter. Det betyder, at arbejdet med implementering af styrket samarbejde kun skrider langsomt fremad.

### **3.2.3 Graduerede indsatser og organisering**

#### **3.2.3.1 Tværgående sammenfatning**

Fælles for erfaringerne med at arbejde med anbefalingerne i forhold til de graduerede indsatser er, at der er afdækket et behov for lokal afklaring af, hvad der er indeholdt på de forskellige trin og fortolkningen af dem i praksis, i forhold til eksempelvis hvem gør hvad, hvordan man bevæger sig mellem trin, og hvordan man sikrer eksempelvis tilstrækkeligt specialiserede tilbud i kommunerne på de nederste trin til målgrupper, hvor volumen er meget lille.

Som beskrevet har fokus i flere af regionerne med kommuner særligt været på samarbejde og koordinering i forbindelse med parallelle indsatser, behandling og overgange og ikke så meget på at udvikle den faglige praksis inden for de enkelte trin i de enkelte sektorer. Der er i stedet arbejdet med at styrke grundlaget for arbejdet på tværs ved at arbejde med systematisk rådgivning ind i kommunerne samt fælles struktur og systematik på eksempelvis indstillinger, henvisninger og statusnotater. Det er oplevelsen på tværs, at denne styrkede struktur på samarbejdet i praksis har en effekt i forhold til at sikre børn og unge den rette indsats på et tidligere tidspunkt i forløbet, samtidig med at der er tegn på, at det har en betydning i forhold til bedre overgange mellem sektorer. I Region Nordjylland har man samtidig i projektperioden arbejdet med forløbskoordinatorer, hvilket fagligt og i forhold til børn og unge og deres familier har givet rigtig god mening, men i praksis har været meget ressourcekrævende, hvorfor det ikke vurderes realistisk fremadrettet.

I enkelte projekter er der dog også arbejdet med udvikling af den faglige praksis inden for eksisterende indsatser eller udvikling af nye indsatser. Således er der i Region Nordjylland eksempelvis arbejdet med en række målgruppespecifikke prøvehandlinger på flere trin som afsæt for udarbejdelsen af lokale forløbsmodeller. Der er endnu ikke egentlige forløbsdata fra arbejdet med prøvehandlingerne i regionen, kun foreløbige indikative erfaringer fra fagpersoner, der oplever flere af prøvehandlingerne såvel meningsfulde som virkningsfulde. I Region Sjælland er der arbejdet med indsatsen i Bakkehuset for børn og unge, der er afvist i akutfunktionen i den regionale psykiatri. Bakkehuset fungerer således som en Trin 2-indsats, og fokus har blandt andet været på, hvad der skal til for at sikre, at en ny henvendelse til akutfunktionen ikke bliver nødvendig. Der er tilbagemeldingen fra flere familier om, at indsatsen i Bakkehuset i sig selv opleves som virkningsfuld i forhold til de udfordringer, der er årsagen til henvendelsen, ligesom indikationer i indledende og afsluttende SDQ-scoringer peger i samme retning.

#### **3.2.3.2 Region Hovedstaden og kommuner**

Som beskrevet er det som udgangspunkt samarbejde og koordination, der er arbejdet med i Region Hovedstaden, og ikke en egentlig ændring i den faglige praksis på de beskrevne trin i forløbsprogrammerne. Det styrkede samarbejde har imidlertid særligt haft en betydning for arbejdet på henholdsvis Trin 2 og 3 i de graduerede indsatser. Det er således den mere kvalificerede udredning og det styrkede samarbejde, der understøtter den eksisterende faglige praksis i henholdsvis kommune og BUC.

Oplevelsen er, at man med det styrkede samarbejde samtidig sikrer en tidligere og bedre indsats i kommunerne, hvor man tidligere i langt højere grad har afventet en erklæring eller afslutning fra regionen, før man kunne sætte noget i gang.



Der er i forbindelse med evalueringen gennemført to familieinterviews, hvor familierne med afsæt i historiske forløb, der således ikke er repræsentative for en nyere praksis, netop italesætter den manglende kommunikation på tværs samt en oplevet lang vej for at komme ind i "systemet" og blive set og hørt – og få den rette hjælp.

Det er forventningen fra projektgruppens side, at man på sigt vil møde familier, der oplever sammenhængende og gennemsigtige processer og forløb, hvor væsentlig information deles, og hvor man på tværs af sektorer arbejder effektivt og i samme retning.

### **3.2.3.3 Region Midtjylland og kommuner**

Arbejdet med de graduerede indsatser er i Midtjylland særligt koncentreret om indsatser og samarbejde på Trin 1 og 2, hvor man oplever, at implementeringen af SOS samt det fælles kompetenceløft har understøttet forudsætningerne for at arbejde med målgrupperne på Trin 1 og 2 i kommunerne. Med dette afsæt arbejder man også med at styrke opsporingen – men man er ikke i mål.

De løbende Samrum med den styrkede rådgivning fra psykiatrien ind i kommunerne opleves at have styrket henvisningspraksis, samtidig med at drøftelserne har tydeliggjort hvor der er eventuelle huller i den kommunale indsatsvifte i forhold til indsatser på de første trin i modellerne. Det er dog samtidig oplevelsen, at Herning og Skanderborg kommuner allerede som indgang til projektet var bedre stillet end mange andre kommuner i regionen, fordi de før projektet var indstillet på at varetage mere behandlingsorienterede indsatser og ikke kun konsultative – dog med undtagelse af indsatser til børn og unge med spiseforstyrrelse, hvilket er blevet bygget op som en del af arbejdet med forløbsprogrammerne.

Det er altså tilbagemeldingen, at de to kommuner havde gode forudsætninger for at gå ind på de relevante trin med indsatser fra start.

Tilbage meldingen er samtidig på tværs af interviews, at man godt kunne ønske sig at have nået mere på Trin 3 og 4 i forhold til samarbejde i sagerne, fordi det er oplevelsen, at det kan være i forbindelse med de parallelle indsatser, at frustrationerne opstår, fordi man taler forbi hinanden, og de faglige forskelle i tilgangen bliver tydelige.

Der er ikke data på forløb på nuværende tidspunkt, da projektdeltagerne indledningsvist har skullet etablere forudsætningerne for det tværsektorielle samarbejde. Derfor har kommunernes prioriteringer været monosektorielle i starten med fokus på forankring, viden/kompetencer, tilbud og opsporingsaktiviteter. Resultaterne er derfor primært at finde på kommunalt niveau – og som en oplevelse af, at der er etableret bedre forudsætninger for at styrke det tværsektorielle samarbejde.

Der er imidlertid i forbindelse med evalueringen gennemført en række interviews med forældre i forbindelse med forløb, der kan kaste lys over, hvilke udfordringer der er i det tværsektorielle samarbejde på Trin 3 og 4. Disse kan med fordel adresseres og håndteres fremadrettet.

Der er gennemført tre interviews med forældre, hvor der på tværs peges på følgende udfordringer og styrker i det eksisterende samarbejde om graduerede indsatser:

- Der går for lang tid, fra man har italesat en bekymring for sit barn, før man ender et sted, hvor der kan sættes noget i gang på udrednings-/samtaleniveau.
- Vejen til et egentligt behandlingsforløb opleves tilsvarende lang – og i værste fald som forværende i forhold til barnet/den unges udfordringer.
- Man oplever som familie at skulle starte forfra på sin fortælling hver gang, man møder en ny aktør eller en ny person. Informationer og viden opleves ikke at følge med barnet/den unge i systemerne.
- Informationer og tilbud om indsatser i kommunen kan opleves som ”tilfældige” – der, hvor der er plads.
- Når man er i et forløb i psykiatrien, oplever man sig hjulpet og set.
- Netværksmøder opleves hjælpsomme i forhold til at sikre sammenhæng, fælles retning og at blive hørt.

### 3.2.3.4 Region Nordjylland og kommuner

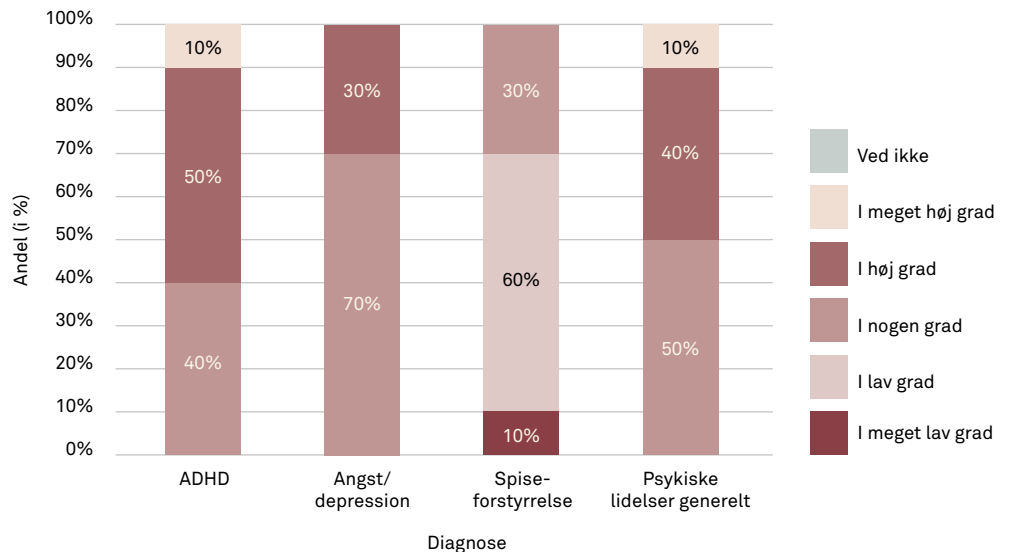
Man har i Region Nordjylland og projektkommunerne valgt at bruge anledningen med implementering af forløbsprogrammerne til systematisk at arbejde med den eksisterende tværsektorielle samarbejdsaftale om børn og unge med psykiske lidelser med fokus på at validere, hvilke dele af de eksisterende aftaler der er henholdsvis implementeret og ikkeimplementeret, samt hvilke dele der allerede er eller med fordel kan tages med i de nye nordjyske modeller.

I baselineundersøgelsen viste besvarelsene et klart potentiale i forhold til særligt det opsporende arbejde, hvor 50 % angav, at man kun *i nogen grad* har en systematisk praksis for opsporing af mistrivsel hos børn og unge, og 90 % angav, at man *i nogen* eller *i høj grad* oplever et behov for at styrke den opsporende praksis. 90 % angav samtidig, at man *i høj grad* eller *i meget høj grad* har en systematisk praksis i forhold til at handle på bekymring for mistrivsel.

I den nordjyske model er de graduerede indsatser udvidet med et Trin 0 for den almene forebyggelse, og overgangene mellem de enkelte trin er ligeledes beskrevet. En stor del af de formulerede prøvehandling i Region Nordjylland og kommuner er imidlertid koncentreret om Trin 2 og 3, der opleves som vanskelige i forhold til konkretisering og afgrænsning. Der er i forbindelse med arbejdet med forløbsprogrammerne således afdækket en generel usikkerhed fra kommunernes side, i forhold til hvad behandling indeholder på tværs af de to trin, og hvad der hører til på henholdsvis et kommunalt og på et regionalt niveau samt en usikkerhed om, hvorvidt et forløb nødvendigvis bevæger sig stringent et niveau ad gangen.

I forhold til den uddybende vurdering og indsats samt henvisning til psykiatrien på Trin 2 viser resultaterne fra baseline, at 40 % *i lav* eller *i nogen grad* oplever at have adgang til sparring fra børne- og ungdomspsykiatrien i forhold til udredning, valg af indsats og opfølgning på indsatsen inden henvisning. 60 % oplever, at dette *i høj grad* er tilfældet.

Samtidig er der på tværs af målgrupper forskellig oplevelse af, i hvilken grad kommunerne "har tilstrækkelige kompetencer, kapacitet og kendskab til at varetage indsatser for målgruppen", jf. nedenstående figur.



Der er derfor et konkret behov for at udforske og nuancere grænsefladerne blandt andet med en øget adgang til rådgivning i kommunerne, i forhold til hvornår man som barn/ung er relevant i en regional behandlingssammenhæng, og på den anden side hvor der er huller i kommunernes indsatsvifter.

I forbindelse med implementeringen er der introduceret forløbskoordinatorer, hvilket opleves som meningsfuldt, men samtidig vurderes som for ressourcekrævende og dermed umiddelbart urealistisk i en almindelig driftssammenhæng.

### 3.2.3.5 Region Sjælland og kommuner

I forhold til graduerede indsatser har projektet i Region Sjælland særligt fokus på de børn og unge, der afvises i den regionale behandlingspsykiatri på baggrund af henvendelse til akutmodtagelsen. Opgaven er ifølge Bakkehusets ledelse at finde ud af, hvad der kan sættes i stedet med henblik på at forhindre, at barnet/den unge igen skal henvende sig til PAM.

Derfor kan Bakkehusets primære indsats opfattes som en Trin 2-indsats, hvor der sker en uddybende vurdering. Der laves for alle, der henvender sig, en psykopatologisk udredning og en anamnese, ligesom det hidtidige indsatsforløb afdækkes.

I flere tilfælde indhentes der også oplysninger fra øvrige parter i barnets/den unges forløb. Hvis Bakkehuset vurderer, at der mangler yderligere oplysninger, kan de også iværksætte dialog med kommunen om yderligere udredning/undersøgelse som fx en PPV (hvilket også bekræftes i interviews med samarbejdsparter). Her fortæller de kommunale samarbejdsparter fra PPR og skole, at det kan være vigtigt med psykiatriens perspektiv på, hvad der er behov for for at lave en relevant vurdering af støttebehovet.

Ud over den uddybende vurdering leveres der også i mange forløb en egentlig faglig indsats, der kan opfattes som en indsats på Trin 2 i en gradueret indsats.

Af de 247 besvarelser på spørgeskemaet i forbindelse med afslutning i forløb hos Bakkehuset fremgår det, at familierne på flere måder oplever at have modtaget en egentlig selvstændig støtte/intervention i Bakkehuset, der rækker ud over samarbejde og koordinering:

- 83 % har modtaget rådgivning (uden at indholdet i rådgivningen er specificeret).
- 61 % har modtaget støttende samtaler eller psykoterapi til barnet/den unge.
- 55 % har modtaget støttende samtaler til forældre eller andre pårørende.
- 13 % har fået støtte fra Bakkehusets lærere i forhold til vanskeligheder i skolen.
- 9 % har fået medicinsk behandling.

Også i interviews med en forælder fremgår det, at det er indsatsen fra Bakkehuset i sig selv, der har ført til en bedring i barnets/den unges situation.

Bakkehuset har meget stort fokus på, hvad der kommer efter indsatsen i Bakkehuset, og af de seks forløb, der er gennemført audit for, er der etableret relevant opfølgning eller videreførelse af indsats i kommunalt regi. Ingen familier er således blevet sluppet uden nogen form for kontakt eller opfølgning.

Ved afslutning af forløb hos Bakkehuset er der for de fleste børn og unge aftalt opfølgende kontakt med:

- Den kommunale socialforvaltning (57 %)
- Psykiatrisk ambulatorium (22 %)
- Egen læge (19 %)
- Skole/dagtilbud (18 %)
- PPR (10 %)
- Opholdssted (5 %)
- Psykiatrisk døgnafsnit (2 %)

For 21 % er der planlagt opfølgning ved andre aktører, der, jf. fritekst i spørgeskema-besvarelserne, ofte er privatpraktiserende psykolog eller psykiater.

For at sikre overgangen til andre tilbud eller indsatser fastholder Bakkehuset kontakten til familierne, indtil en ny indsats er påbegyndt. Bakkehusets medarbejdere vurderer, at familierne oplever det som meget værdifuldt, at Bakkehuset ringer op til familierne – også i venteperioder.

Således vægtes også Trin 4 i modellen for graduerede indsatser i Bakkehusets arbejde.

Den faglige indsats i Bakkehuset lader da også til at have en objektivt konstaterbar virkning for de familier, der har forløb i Bakkehuset. For alle de familier, der har besvaret spørgeskema i forbindelse med henvendelsen og i forbindelse med afslutningen, er der blevet udfyldt et Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Således kan udviklingen i problemtyngden og indflydelsen på barnets trivsel ses i et gennemsnitligt før og efterperspektiv for de familier, der har haft kontakt med Bakkehuset. Udviklingen fremgår af grafen herunder<sup>3</sup>:

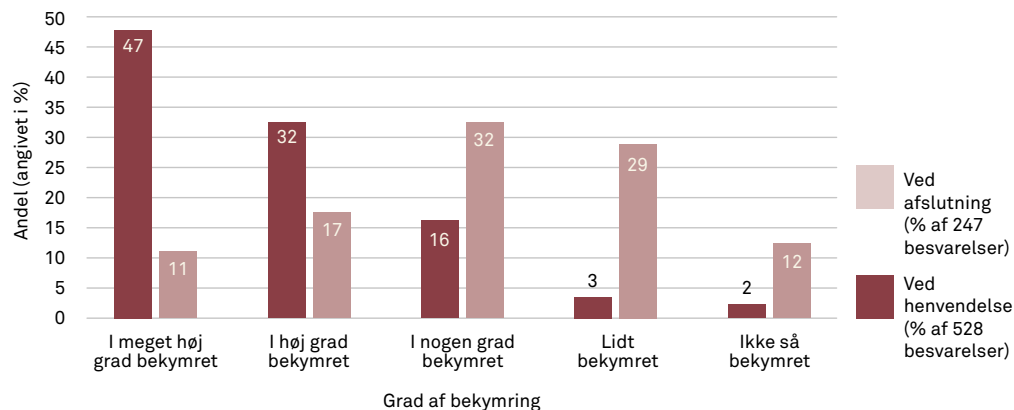


Det er her vigtigt at indskyde, at der ikke er sammenlignet med en kontrolgruppe, og at der derfor ikke kan konkluderes entydigt på, at det er Bakkehusets indsats i sig selv, der er årsag til fald i problemtyngden.

En anden indikator på, at Bakkehusets indsats har positive resultater for familierne, er graden af bekymring hos familierne. Dette spørges der også til i de spørgeskemaer, familierne udfylder ved første henvendelse og ved afslutning af forløb. Her ses et betydeligt fald i bekymringsniveauet. Ligesom med SDQ-scoren er det vigtigt at bemærke, at der ikke er sammenlignet med en kontrolgruppe, og vi derfor ikke ved, hvordan udviklingen er i bekymring hos familier, der har henvendt sig i den psykiatriske akutmodtagelse, men ikke har haft kontakt med Bakkehuset.

<sup>3</sup> For patienterne (børn/unge) er der henholdsvis 464 og 465, der har udfyldt spørgeskema ved henvendelsen om problemtyngde og påvirkning af trivsel og funktion. Ved forløbsafslutning er tallene henholdsvis 106 og 105. For forældrene er der henholdsvis 505 og 506, der har udfyldt spørgeskema ved henvendelsen om problemtyngde og påvirkning af trivsel og funktion. Ved forløbsafslutning er tallene henholdsvis 129 og 128.

“Hvor bekymreter du lige nu i forhold til de problemer du søger hjælp til?”



I interviews peges der på en række virkninger af Bakkehusets indsats, som handler om overgangen fra Trin 2 til 3. Her fremhæver de repræsentanter for kommunale samarbejdspartner, som der er gennemført interviews med, at kommunerne gennem Bakkehuset oplever at have adgang til sparring fra psykiatrien, hvilket de ikke plejer at have, og som de ofte oplever at mangle.

For mange kan overgangen til behandling i den regionale behandlingspsykiatri opleves som vanskelig blandt andet på grund af de formelle krav til behandling af henvisningen til den centrale visitation, hvor det kræves, at der inden henvisningen til psykiatrien er gennemført en PPV. Dette kan i nogle tilfælde være vanskeligt, når forældre/pårørende ikke oplever at blive hørt og forstået i den kommunale PPR (der skal udarbejde PPV'en).

For de familier, der efter kontakten til Bakkehuset henvises til en af de ambulante klinikker, er det en stor styrke, når der i Bakkehuset er lavet en grundig kortlægning af anamnese og hidtidig indsats, og når denne overleveres godt til det psykiatriske afsnit.

Her peger enkelte samarbejdspartner fra den regionale psykiatri dog på, at kvaliteten i den psykopatologiske udredning kan være svingende. Ligeledes påpeges det, at det kan være en udfordring, at Bakkehuset generelt har et højere serviceniveau end klinikkerne, og at familierne derfor bliver skuffede i kontakten med klinikkerne. Der peges i interviews på, at Bakkehuset kan gøre mere for at sikre, at familierne har realistiske forventninger til indsatsen i de ambulante klinikker.

Det kan ligeledes være en udfordring med en ny tværsektoriel enhed, at det er uklart, præcist hvor skellet går mellem opgaverne i den tværsektorielle enhed og de eksisterende psykiatriske behandlingsenheder. Således kan netop sammenhængen her blive udfordret.

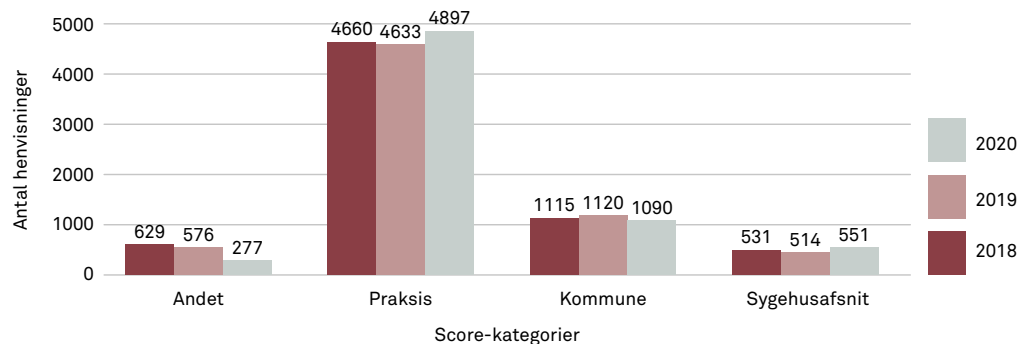
Endelig skal det fremhæves, at medarbejdere i den regionale behandlingspsykiatri vurderer, at Bakkehusets indsats – hvor der er sikret opfølgning efter besøg i PAM – betyder, at særligt de yngre læger i PAM har ”mere ro i maven”, når de vurderer, at en henvendelse ikke skal føre til umiddelbar indlæggelse.

### 3.2.3.6 Region Syddanmark og kommuner

Som i arbejdet med samarbejde og koordination er data om den graduerede indsats indsamlet i en periode, hvor der ikke er defineret en entydig ny praksis. Derfor fortæller data mere om de udfordringer, som der er i etableringen af en sammenhængende indsats, end om opnået virkning af projektet.

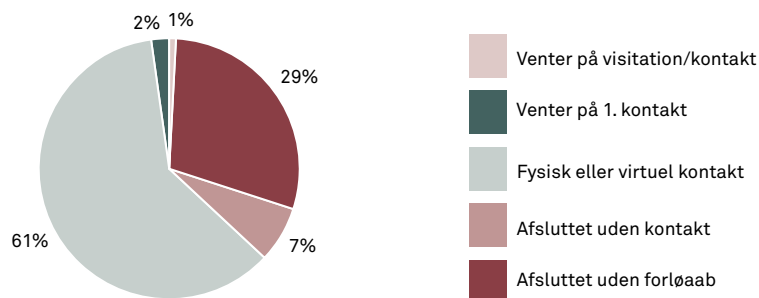
I projektet har der været arbejdet med en ambition om at ville sænke antallet af afviste henvisninger til den regionale behandlingspsykiatri. Dette mål er opstillet på baggrund af en hypotese om, at antallet af afviste henvisninger er en indikator for, hvor relevante henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er. Tallene i figurerne herunder beskriver udviklingen i henvisninger til de regionale børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i 2018, 2019 og frem til december 2020. Grundet den manglende systematiske implementering af ny praksis, kan dette ikke illustrere en virkning af den nye indsats, men kan i stedet give et billede af den nuværende status.

Udviklingen i antal henvisninger fordelt på henvisningsafsender i perioden 2018-2020



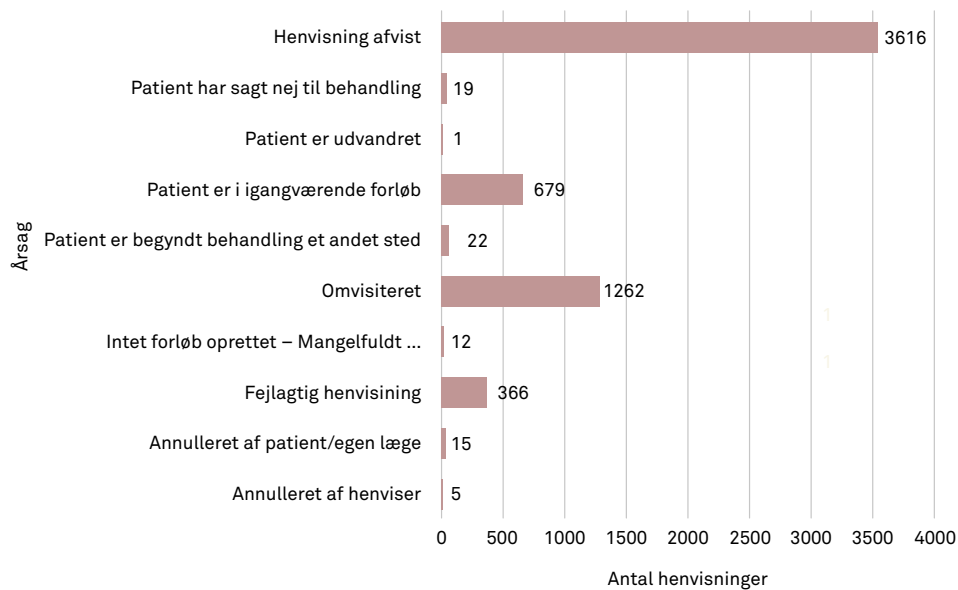
Det fremgår således, at der hvert år er 6.500+ henvisninger til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, og at langt størstedelen kommer fra almen praksis.

Henvissingsstatus i Region Syddanmark i perioden 2018-2020



I figuren ovenfor, hvor der ses på henvissingsstatus på alle henvisningerne over de seneste tre år, ses det, at 36 % af henvisningerne afsluttes uden kontakt eller uden forløb.

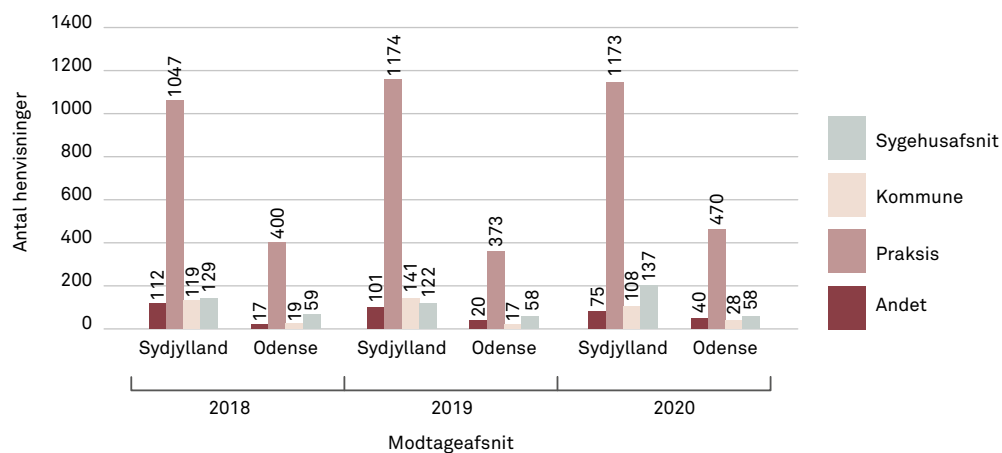
Antallet af afsluttede henvisninger uden forløb fordelt på årsager i perioden 2018-2020



Hvis der, som i figuren ovenfor, kigges nærmere på de 29 %, der afsluttes uden et efterfølgende forløb, fremgår det, at 60 % af de henvisninger, der afsluttes uden forløb, beror på afviste henvisninger. Endvidere fremgår det af nedenstående figur, at det kun er en meget lille del af de afsluttede henvisninger, der kommer fra kommunale parter. Dette billede bekræfter vigtigheden af, at almen praksis har en meget central rolle i samarbejdet om en sammenhængende indsats.



**Udviklingen i henvisninger afsluttet uden forløb fordelt på henvisningsafsender og modtagerafsnit i perioden 2018-2020**



**Udfordringer:** I interviews med deltagere i implementeringsgrupperne problematiseres målet om at mindske antallet af afviste henvisninger. Det fremhæves, at det ofte kan være et mål i sig selv at få den regionale psykiatri vurdering af, hvorvidt der er behov for psykiatrisk behandling eller ej. Der peges på det parallelle udviklingsprojekt om frem-skudt regional indsats som en mulig løsning i forhold til at sikre en tidligere indsats, hvor behov for psykiatrisk behandling kan afklares, inden der henvises til børne- og ungdoms-psykiatrien.

Af de gennemgåede konkrete forløb for børn og unge og deres forældre/pårørende fremgår det, at opfølgningen på indsatser fra såvel regional behandlingspsykiatri som kommunal indsats stort set alene hviler på netværksmøder. Der opleves en generel usikkerhed om, hvad der kan forventes af de enkelte parter i samarbejdet. Fx opleves der stor variation i de kommunale muligheder inden for spiseforstyrrelsesområdet. Dette gør det vanskeligt for de regionale samarbejdsparter at vide, hvad der kan forventes af den kommunale indsats.

I et forløb med en ung med spiseforstyrrelse fremhæves det, at det for den unge og dennes forældre/pårørende opleves, som om der ikke er kommunikation mellem de forskellige parter i et forløb, og at det gør det vanskeligt for dem at navigere i. De oplever, at det er på netværksmødet, der koordineres og samarbejdes – men ikke ud over det. De oplever, at der mangler løbende kommunikation og samarbejde mellem aktørerne.

Disse oplevelser underbygges af opsamlingen fra en temadag afholdt for Somatisk Og Psykiatrisk Samordningsforum Lillebælt, hvor der også efterspørges entydig og systematisk kommunikation og tydelig tovholderrolle.

Udfordringerne handler, ifølge de professionelle, der er indsamlet information fra i forbindelse med de konkrete forløb, ofte om rammerne for indsatsen, hvor det eksplicit formuleres, at regionerne oplever, at kommunerne ikke har økonomi til at hjælpe den enkelte i relevant omfang.

Omvendt fremgår det af interviews med repræsentanten for den kommunale indsats, at kommunerne oplever, at det ofte er regionen, der alene kan definere, hvor en given problemstilling hører hjemme. Således formuleres det:

*”Vi oplever lidt, at det ligger implicit, at kommunerne skal varetage flere opgaver. Fair nok, men vi kan godt have brug for lidt hjælp. Kunne vi have drøftelser med hinanden om, hvilke børn og problemstillinger der kan håndteres hvor? Psykiatrien har ofte definitionsretten, som efterlader os og familierne i en lidt hjælpeløs position.”*

Særligt repræsentanterne for den kommunale PPR beskriver en specifik problemstilling i forhold til henvisning til den regionale behandlingspsykiatri. Psykiatrien efterspørger ofte en PPV, inden en henvisning behandles, men – som det også ses af henvisningstallene – det er ofte almen praksis, der henviser. Det betyder to ting. For det første at en række henvisninger afvises, uden at det er klart, hvem der følger op på dette (da det kun er henviser, der orienteres om den afviste henvisning). For det andet betyder det, at en række læger henviser til PPR, hvilket betyder, at PPR bliver et ”forkontor til psykiatrien”. De kommunale parter fremhæver, at der godt kan være sager, hvor PPR ikke har nogen sag, men hvor det alligevel kan være relevant med psykiatrisk behandling. I den nuværende praksis kræves det således ofte, at PPR åbner sag på et barn eller en ung, selvom der ikke er noget PPR-relevant i problemstillingen. Det påpeges, at dette ikke er hensigtsmæssigt, og at fælles visitation på tværs af børne- og familieområdet, PPR og den regionale psykiatri ville kunne mindske denne problematik.

Endelig påpeges det, at der mangler overblik over den samlede tilbudsvifte – måske særligt hos almen praksis.

### **3.2.4 Implementering og opfølgning**

#### **3.2.4.1 Tværgående sammenfatning**

På tværs af alle de fem projekter er det tilbagemeldingen, at det samlede arbejde med alle forløbsprogrammernes anbefalinger er et større projekt, der tager både tid og ressourcer. Det vurderes ikke muligt inden for den tidsramme, der har været i projektet, at nå i mål med det hele, hvorfor man også på tværs i større eller mindre grad har arbejdet med anbefalingerne som retningsgivende – og lokalt har valgt at prioritere der, hvor man har vurderet, at der var størst potentiale i forhold til en styrket praksis, eller hvor man identificerede en brændende platform.

Således har man i tre af projekterne brugt lang tid på indledende afklaring – enten igennem nedsættelse af tværsektorielle arbejdsgrupper, fælles udviklingsarbejde eller etablering af tværgående baseline.

I forhold til den fremadrettede videre udrulning af forløbsprogrammerne er tid og ressourcer samt ledelsesmæssig prioritering således noget, der lægges stor vægt på, samtidig med at man i flere regioner og kommuner peger på et indledende behov for at afdække den lokale indsatsvifte i kommunerne for at sikre, at fundamentet for at arbejde med anbefalingerne etableres. Det skyldes, at den indledende afdækning flere steder har vist, at man i nogle kommuner mangler såvel viden om som tilbud til flere af målgrupperne på de nederste trin i modellen, eksempelvis pga. manglende volumen i målgruppen eller manglende afsæt for opsporing.

Derudover har det i alle projekter vist sig, at en manglende viden på tværs af sektorer om muligheder, rammer, faglighed samt indsatser og behandlingsforløb står i vejen for at tilbyde sammenhængende og koordinerede forløb.

Et bærende element på tværs i implementeringen er såvel tværsektoriel som aktørspecifik kompetenceudvikling. Indholdet spænder fra opkvalificering i forhold til viden om målgrupperne samt om behandling og konkrete værktøjer og tilgange i arbejdet med opsporing og udredning til fælles kompetenceløft med afsæt i konkrete metoder eller tilgange på tværs, eksempelvis relationel koordinering eller Signs of Safety. Fælles er samtidig, at der i de foreløbige tilbagemeldinger bliver lagt stor vægt på netop dette element som væsentligt i forhold til at lykkes med at skabe et fælles fundament for det styrkede tværsektorielle samarbejde og de graduerede indsatser.

Endelig bliver der fra flere projekter peget på, at den fremadrettede udrulning og implementering med fordel kan bygge videre på eksisterende lokale samarbejdsstrukturer og formelt indarbejdes i eksisterende tværsektorielle samarbejdsaftaler.

#### **3.2.4.2 Region Hovedstaden og kommuner**

Særligt den indledede afklaringsfase samt den fælles kompetenceudvikling har været nyttig i arbejdet med at udvikle nye arbejdsgange og indhold til styrkede arbejdsgange på tværs. Den fælles kompetenceudvikling har således været væsentlig i forståelsen af rammer og muligheder på tværs, etablering af et fælles sprog om diagnoser og behandling samt begrebsforståelse på tværs.

Det er i implementeringsforløbet oplevet som en mulighed for at formidle, hvorfor man gør tingene, som man gør, på tværs. "Hvorfor" beskrives således som afgørende i forhold til at bygge bro mellem sektorer.

Der er i forbindelse med implementeringsforløbet afholdt en tværsektoriel workshop, to tværsektorielle dage, workshop om mødeledelse og viden om kommunerne samt tværkommunale kompetenceudviklingsdage for PPR med viden om arbejdsgange i BUC og for socialrådgivere med viden om arbejdsgange i BUC.

Lokalt er det i BUC besluttet, at TIF-tiltagene fra 2021 skal implementeres på alle afsnit. I den forbindelse inviteres regionens resterende 26 kommuner til også at deltage.

I BUC vil man på baggrund af afprøvningsperioden have særligt fokus på følgende nedslag:

- Kontinuerlig opfølgning på, hvordan de enkelte afsnit bruger TIF-tiltagene.
- Kontinuerlig ledelsesopbakning.
- Flere medarbejdere på hvert afsnit er grundigt informeret om TIF-tiltagene.
- Systematisk brug af skabeloner.
- Systematisk brug af arbejdsgangsbeskrivelser fx i forbindelse med netværksmøder.
- Systematisk udarbejdelse af tværsektoriel plan.
- Systematisk implementeringsstøtte fra TIF-teamet.
- Kobling til eksisterende rutiner og det generelle forbedringsarbejde (LEAN), som i forvejen er en del af alle afsnit.

### 3.2.4.3 Region Midtjylland og kommuner

I forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammerne i Region Midtjylland er der lagt stor vægt på kompetenceudvikling på tværs. I forbindelse med de tre målgruppespecifikke forløb har en række af deltagerne evalueret oplevelsen af forløbet og udbyttet.

I forhold til kompetenceforløbet om ADHD har 46 personer meldt tilbage på oplevelsen af forløbet. Deltagerne repræsenterede henholdsvis PPR, Sundhedstjenesten og Myndighed. Lidt over en tredjedel af deltagerne kom fra Skanderborg Kommune, og de øvrige deltog fra Herning.

Udbyttet af kompetenceforløbet vurderes generelt meget højt, og således angiver 82 % forløbet som 4-5 på en fempunktsskala. 95 % angiver, at de har brugt viden fra kompetenceforløbet i arbejdet efterfølgende. I evalueringen af forløbet lægges der vægt på, at undervisningen er praksisnær, og at der introduceres til og arbejdes med konkrete værktøjer, samt at underviserne er meget fagligt kompetente.

I forhold til forløbet om angst og depression har 36 personer på tværs af de to kommuner svaret på evalueringsspørgsmålene – ni fra Skanderborg Kommune og 27 fra Herning Kommune. Halvdelen af deltagerne var ansat i PPR, og de øvrige er fordelt forholdsvist lige mellem Sundhedstjenesten og Myndighed med en svag overvægt til Sundhedstjenesten.

Kompetenceforløbet om angst og depression vurderes ikke nær så positivt. Således angiver 83 % af deltagerne udbyttet til mellem 1 og 3 på en fempunktsskala. Kun godt halvdelen angiver at have brugt den erhvervede viden i arbejdet efterfølgende. Der bliver i den kvalitative del af evalueringen lagt vægt på, at oplæggene er rodede og mindre godt formidlet, samtidig med at den overvejende oplevelse er, at man ikke har fået ny viden med sig.

Forløbet om spiseforstyrrelser er evalueret af 31 af deltagerne på tværs af de to kommuner, herunder 17 fra Skanderborg og 14 fra Herning. Deltagerne var primært fra sundhedsområdet og fordelt nogenlunde ligeligt mellem de to kommuner med en lille overrepræsentation fra Skanderborg Kommune.

Tilbagemeldingerne på forløbet om spiseforstyrrelser er mere blandede. Godt en tredjedel vurderer udbyttet af forløbet til mellem 4 og 5, mens en lille tredjedel vurderer forløbet til middel – altså 3, og en lille tredjedel vurderer forløbet til 2. To tredjedele oplever at kunne bruge den erhvervede viden i arbejdet efterfølgende, mens resten ikke deler denne oplevelse. I den kvalitative del af tilbagemeldingen fremhæves det faglige indhold og niveau, men der efterspørges samtidig mere relaterbar viden, eksempler og værktøjer, der kan anvendes i en kommunal praksis til opsporing og indsats, inden en regional indsats bliver relevant.

Ud over kompetenceudviklingen er tilbagemeldingen i forhold til implementeringen af forløbsprogrammerne i Region Midtjylland og kommuner, at det er vigtigt at have den organisatoriske understøttelse på plads. Det vurderes således som afgørende for implementeringen, at der i forløbet har været tæt kontakt mellem styregruppe og arbejdsgrupperne. Det har sikret en nødvendig hastighed i forhold til ledelsesmæssige beslutninger undervejs. Det bliver samtidig fremhævet, at koordinering på flere niveauer har været afgørende for, at man er lykkedes med eksempelvis Samrum.

En afgørende forudsætning for den ønskede praksis opleves samtidig at være, at parterne forpligter sig til at få viden om, hvilke indsatser der findes på tværs – for med dette afsæt at kunne sikre en hensigtsmæssig opgavefordeling på de enkelte trin. Medarbejderne i BUA har som led i projektet primært forholdt sig til kompetenceudvikling og sparring via ”Samrum”, men ikke ændret praksis i egne kontakter med børn/unge og forældre/pårørende.

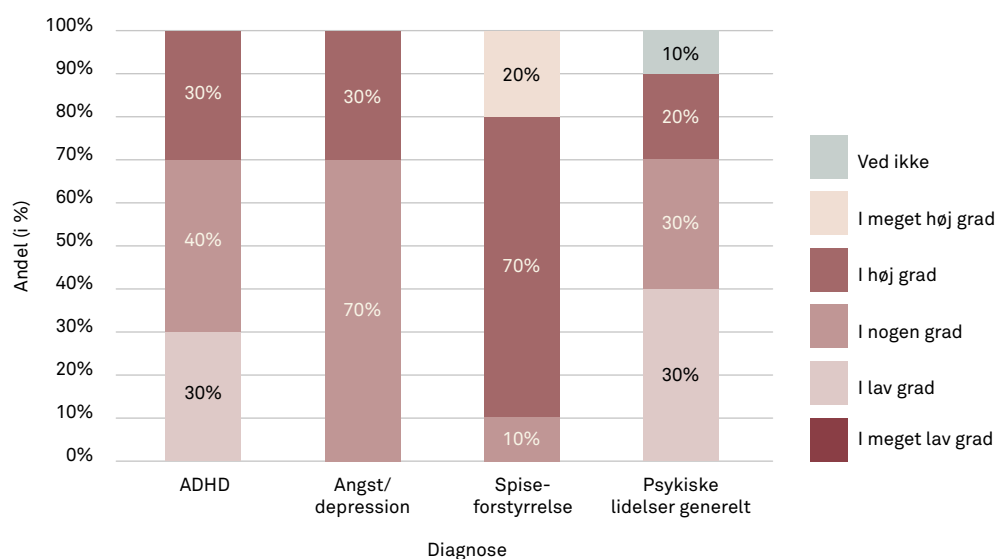
Det er oplevelsen, at man er lykkedes med at skabe en kulturforandring i forhold til det tværsektorielle samarbejde på de nederste trin, fordi det har været meningsgivende for medarbejderne på tværs – man har således oplevet en styrket faglighed i drøftelserne, hvilket har haft en oplevet betydning for såvel kvaliteten af eventuelle henvisninger som den indsats, der er leveret i kommunen, hvor en henvisning ikke har været relevant.

### 3.2.4.4 Region Nordjylland og kommuner

Helt overordnet er man i Region Nordjylland stadig undervejs med implementeringen, og tilbagemeldingen er utvetydigt, at to år ikke er nok til tre så store processer, hvilket de tre forløbsprogrammer kræver.

Implementeringen kræver både tilførsel af ressourcer samt etableringen af en fælles vision med de nye kommuner samt en afdækning af, hvor der er huller i den lokale praksis og i den samlede indsatsvifte på tværs. Samtidig bliver der lagt vægt på betydningen af en ledelsesmæssig forankring af implementeringsprocessen – i direkte forlængelse af ressourcetrækket.

I forhold til implementering og opfølgning og herunder behov for kompetenceudvikling viser baselineundersøgelsen en varierende oplevelse af behov for styrkede kompetencer i forhold til målgrupperne i forløbsprogrammerne, hvilket ses af nedenstående figur.



Behovet for kompetenceudvikling er søgt dækket gennem prøvehandlinger med tema-dage og opkvalificering fra psykiatri til kommuner. Hvorvidt dette tages med i den videre udrulning, er ikke afklaret.

Baseret på de foreløbige erfaringer sigter man efter at fortsætte arbejdet med afsæt i forløbsprogrammernes anbefalinger, og det er hensigten, at man i takt med afprøvningen skriver redskaber og samarbejdsformer med gode resultater ind i de tværsektorielle samarbejdsaftaler. Eksempelvis er statusskrivelsen således skrevet ind som en fast arbejdsgang i alle ambulatorier i "Aftale om kontaktflader mellem kommuner og Børne- og Ungdomspsykiatrien i forhold til Trin 3", og det indgår som et led i den lokale forløbs-beskrivelse, at kommunerne lokalt bør tage stilling til, hvordan de aktivt kan arbejde med de modtagne statusskrivelser.

De nordjyske kommuner orienteres om dette ved planlagt kickoffseminar i marts 2021.

#### **3.2.4.5 Region Sjælland og kommuner**

Som ovenfor beskrevet i afsnittet om, hvilket indhold forløbsprogrammet er blevet givet lokalt, arbejdes der ikke med fælles kompetenceudvikling ud over den løbende udvikling i Bakkehuset selv.

Fokus er på at forankre det styrkede samarbejde gennem det konkrete samarbejde med de relevante aktører. Endvidere drøftes erfaringerne fra arbejdet i Bakkehuset i de formelle samarbejdsfora mellem kommuner og regional psykiatri. Der er i Region Sjælland truffet beslutning om at forlænge projektet for at fastholde de gode erfaringer.

Der er endvidere afholdt en temadag om erfaringerne med arbejdet i Bakkehuset, og Bakkehusets ledelse tager på kommunebesøg, hvor de fortæller om Bakkehuset for at sprede erfaringerne bredest muligt i regionens kommuner.

Medarbejdere i Bakkehuset peger selv på, at jo flere gange de samarbejder med en given kommune om en sag, jo bedre bliver samarbejdet – også selvom det ikke er de samme personer, der samarbejdes med. Dette peger, ifølge bakkehusets medarbejdere, på organisatorisk læring hos både samarbejdsparter og Bakkehuset.

Ledelsen i Bakkehuset vurderer i interviews, at det er vanskeligt at se, at Bakkehusets tværsektorielle funktion kan varetages af driftsorganisationerne hver især (region og kommune). Udfordringen i de eksisterende (monosektorielle) driftsorganisationer er, at de ikke har særligt prioriterede ressourcer til netop fokus på tværsektorielt samarbejde og opfølgning, og at de ikke har de medarbejderkompetencer, der gør det muligt at begå sig i organisationerne i de forskellige sektorer.

#### **3.2.4.6 Region Syddanmark og kommuner**

**Kompetenceudvikling:** Det er et vigtigt element i indsatsen i Region Syddanmark, at der gennemføres bred tværgående undervisning i relationel koordinering. Dette skal bidrage til at forankre et styrket samarbejde mellem de mange aktører både gennem deltagelse i den tværsektorielle undervisning i sig selv og ved at give et fælles sprog og en fælles ramme for samarbejdet.

Kurserne er grundet COVID-19 blev udsat og omlagt til onlineundervisning. Der er planlagt kurser for ca. 600 ledere og medarbejdere i Region Syddanmark inden for børne- og ungeområdet. I de allerede gennemførte kurser har der ifølge projektledelsen ikke været det antal deltagere fra regionen, som der var håbet på. Særligt har somatikken været fraværende. Håbet er, at tilgangen kan anvendes bredt i samarbejdet mellem region og kommuner og ikke kun på det psykiatriske område. Endvidere opleves det som relevant i forhold til opsporing af børn og unge med spiseforstyrrelse, at der er velfungerende samarbejde med somatikken.

Det har endvidere været vanskeligt at finde og definere det rette lederniveau. De mange forskellige organiseringer af indsatsen i de forskellige kommuner gør ikke dette nemmere. Flere ledere har også vurderet, at det ikke var relevant for dem at deltage. Her har projektledelsen brugt tid på at overtale og forklare behovet for deltagelse.

Planlægningen har også været vanskeliggjort af, at deltagelsen skal sammensættes på tværs af utrolig mange organisationer med hver deres præferencer for tidspunkt for afholdelse.

Deltagere på de første kurser (nøglemedarbejdere og ledere) efterspurgte, at kurset blev splittet op, og derfor endte det med at blive afholdt online over tre dage med 1,5 time hver dag. Dermed blev der gjort plads til "hjemmearbejde" mellem kursusgangene.

I interviews med repræsentanter for implementeringsgrupperne fremhæves det, at kurserne er meget givtige, men at der er behov for bredere deltagelse fra regionen. Ligeledes nævnes det, at onlineafholdelse (grundet COVID-19) betyder, at netværksdelen, der typisk sker over frokost og i pauserne, ikke kommer med som en del af udbyttet ved den tværgående og tværsektorielle undervisning.

**Organisatorisk forankring:** Arbejdet med implementering af ambitionerne i forløbsprogrammerne er knyttet op på arbejdet med samarbejdsaftalen, der er en del af arbejdet med forebyggelse i Sundhedsaftalen mellem region og kommuner i Region Syddanmark. Arbejdsgruppen i projektet rapporterer til følgegruppen for forebyggelse.

I arbejdsgruppen understreges det, at det er væsentligt, at repræsentanterne i de lokale implementeringsgrupper i tilstrækkeligt omfang involverer deres ledelse for at sikre, at der kommer handling bag de gode intentioner. Ligeledes påpeges det af projektledelsen, at det er afgørende, at der skabes sammenhæng mellem de kommunale repræsentanter i implementeringsgrupperne og de øvrige kommunale aktører.

Man forsøger i projektet at arbejde med nøglepersoner, der har en særlig rolle i det tværgående samarbejde. Erfaringerne er dog ikke entydige, i forhold til hvordan dette skal gribes an. Hvor mange skal der fx være? Hvor stort et område kan den enkelte nøgleperson rumme at være ekspert indenfor?

I projektets implementeringsgrupper er der bred enighed om, at det mere er samarbejdsaftalen i regi af Sundhedsaftalen, der fylder og danner retning for arbejdet i grupperne, end det er forløbsprogrammerne. I grupperne drøftes det også, hvordan man holder fast i dagsordenen, når projektet er færdigt. Der er enighed om, at samarbejdet er et svært område at blive ved at holde i fokus, når der hele tiden er konkurrerende (monosektorielle) dagsordener.

Det påpeges af flere, at der er behov for formaliserede fora til drøftelse af samarbejdsudfordringer og muligheder. Implementeringsgrupperne vurderes at være et godt afsæt for videre snak om, hvordan fokus fastholdes i fremtiden, uden at der dog er fundet organisatoriske svar på dette endnu.

### 3.3 Udviklingsbehov og yderligere implementeringsbehov

Som det fremgår meget tydeligt i afsnittene ovenfor, så kan det konstateres, at forløbsprogrammerne har ført til meget forskellige tiltag af meget forskelligt omfang i de fem regioner.

I dette afsnit gives en opsamling på yderligere udviklings- og implementeringsbehov, som disse kan konstateres på baggrund af de hidtidige erfaringer. Først samles der op på nogle generelle overvejelser, hvorefter forløbsprogrammernes fire dele gennemgås en for en.

#### Formål

I de tre forløbsprogrammer er formålet at understøtte en sammenhængende tværsektoriel indsats, der samtidig medvirker til en bedre ressourceudnyttelse på tværs af sektorer. Det er Implementers vurdering, at en af årsagerne til den store variation på tværs af de fem projekter er de relativt bredt formulerede målsætninger. Målsætningerne er ikke i forløbsprogrammerne operationaliseret, hvorved dette – hvis det overhovedet gøres – er ”overladt” til de lokale parter selv. I to af projekterne har der været arbejdet med en målsætning om, at der skal være færre afviste henvisninger til psykiatrien. I begge disse projekter er relevansen af denne operationalisering dog blevet udfordret af projektdeltagere, der peger på, at det skal være de rigtige henvisninger, men ikke nødvendigvis færre eller færre, der ikke fører til indsats i psykiatrien.

Det er tydeligt, at der i de enkelte projekter også er usikkerhed om, hvad arbejdet med forløbsprogrammerne skal føre til. I nogle af projekterne formuleres der forhåbninger om, at indsatsen vil føre til, at familierne oplever sig mere trygge i forløbene, og at børnene/de unge hurtigere skal have tilbudt den rette indsats, uden at der dog indsamles systematisk data om dette.

Der er endvidere ikke i nogen af de gennemførte projekter gjort forsøg på at vurdere ressourceudnyttelsen.

Der vil formodentlig kunne skabes en større grad af målrettethed og mulighed for løbende opfølgning på graden af sammenhæng, hvis forløbsprogrammerne i større omfang indeholdt operationaliserede målsætninger.

#### Almen praksis

I alle projekter er fokus primært på samarbejdet mellem kommunale aktører og den regionale børne- og ungdomspsykiatri. I nogle projekter indgår også almen praksis, om end i mindre omfang. Det har vist sig vanskeligt at omfatte almen praksis som sektor i samarbejdet. Ofte er almen praksis repræsenteret ved enkelte praktiserende læger i projektgrupper, uden at de formelt repræsenterer andre end sig selv.

Da en meget stor del af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien kommer via almen praksis, er almen praksis imidlertid en helt afgørende brik i at skabe sammenhæng i indsatsen. Dette understreges yderligere af, at en meget stor del af de henvisninger til den regionale psykiatri, der afvises (og hvor der dermed er risiko for brud i den sammenhængende indsats), kommer fra almen praksis.



Implement vurderer på denne baggrund, at almen praksis' rolle i implementeringen af forløbsprogrammerne kan tydeliggøres, og at der bør fokuseres på at udvikle måder, hvorpå almen praksis, som sektor snarere end som enkeltvirksomheder, kan indgå i det tværgående samarbejde.

### **Implementering af forløbsprogrammer**

Det er tydeligt, at opfattelsen af, hvad det vil sige at implementere forløbsprogrammer, varierer meget på tværs af de fem projekter. Hvor der i Region Nordjylland arbejdes med at udarbejde en generel nordjysk model, der omfatter alle målgrupper og kommuner med en formaliseret beskrivelse af indsatser og arbejdsgange, arbejdes der i andre kommuner med justeringer i den eksisterende praksis, uden at der er ambitioner om, at dette samles i et sammenhængende generisk program, som skal implementeres bredt i alle kommuner og afdelinger.

I alle projekter påpeges det af projektledelserne, at en omfattende ændring af det tværsektorielle samarbejde med fokus på større kendskab til de forskellige parter og større tydelighed i opgavefordelingen og arbejdsgange, kræver meget tid – og mere tid, end der er givet i implementeringsprojekterne.

Den store variation i tilgang til og opfattelse af implementeringsopgaven hænger også sammen med manglen på operationaliserede målsætninger, da dette vanskeliggør en vurdering af, i hvilken grad forløbsprogrammerne er implementeret lokalt.

Implement vurderer således, at hvis der med forløbsprogrammerne ønskes en større grad af ensartethed i rammerne for det tværsektorielle samarbejde, så er der behov for at tydeliggøre forventningerne til den konkrete implementering i forløbsprogrammerne.

I alle projekter bliver det endvidere formuleret, at forløbsprogrammerne ikke i sig selv tilføjer noget nyt til indsatsen eller tilføjer ny viden til områderne, men at forløbsprogrammerne kan være med til at sætte en dagsorden og til at give et fælles sprog for udviklingen af samarbejdet på tværs af de forskellige aktører. Implement vurderer på baggrund af den indsamlede data, at arbejdet med implementering af forløbsprogrammerne netop har dagsordenssat sammenhængen i indsatsen og har tydeliggjort, at der hos mange aktører opleves manglende kendskab til opgaver og muligheder hos de øvrige aktører og mangel på sammenhæng i indsatsen. I mange af projekterne fremgår det også, at sammenhængen kan styrkes med mindre justeringer i den eksisterende praksis.

#### **3.3.1 Målgruppe**

Det er på tværs af de fem projekter tydeligt, at forskellen mellem de tre forløbsprogrammer ikke tillægges nogen særlig vægt. Det er også tydeligt, at opdelingen i diagnosegrupper primært giver mening på Trin 3 i indsatsen og kun i meget begrænset omfang på Trin 1, 2 og 4. Dog er diagnosefokus med til at kaste lys over eventuelle huller i særligt den kommunale indsatsvifte på de tidlige trin.

Det kan således overvejes, om der er behov for diagnosegruppenspecifikke forløbsprogrammer, eller om der i stedet kan arbejdes med et generisk forløbsprogram for børn og unge med psykiske lidelser, der så kan suppleres med diagnosespecifikke faglige retningslinjer.

Det skal samtidig bemærkes, at spiseforstyrrelsesområdet flere steder er lidt anderledes end de øvrige områder. Det beskrives, at det er blevet tydeligt, at kommunerne kun i begrænset omfang opsporer børn og unge med spiseforstyrrelser, og at der sammenlignet med de øvrige områder er begrænset viden om, hvordan en bekymring skal håndteres. Ligeledes er der også

kun i mindre omfang etableret specialiserede kommunale indsatser (Trin 2) sammenlignet med de to øvrige diagnosegrupper.

Således kan netop dette område måske have brug for en særlig opmærksomhed i forhold til det fortsatte arbejde med at skabe en sammenhængende indsats.

Der peges endvidere på, at børn og unge med autismespektrumforstyrrelser fylder meget i praksis, og at det derfor kunne være målgruppe for et fremtidigt forløbsprogram eller for inklusion i de eksisterende forløbsprogrammer.

Ingen steder er der arbejdet med at indføre arbejdsgange eller monitorering med et specifikt fokus på at sikre et mere præcist og nuanceret overblik over målgruppernes omfang og udvikling. Der er her – set i forhold til anbefalingerne i forløbsprogrammerne – et udækket område, hvor der tydeligt er behov for mere fokus, hvis anbefalingerne i højere grad skal efterleves. Dette kan gøres enten ved tydeligere handlingsanvisninger i forløbsprogrammerne eller ved skærpet regulering af området.

### 3.3.2 Samarbejde og koordination

Det er på tværs af alle fem projekter blevet tydeligt, at der er et stort potentiale i at styrke det tværsektorielle samarbejde med henblik på at sikre bedre, hurtigere og mere effektive indsatser til børn og unge med psykiske lidelser.

De foreløbige erfaringer fra implementeringsforløbene peger på, at en systematisk understøttelse af etablerede kontaktflader samt en øget viden om muligheder og afhængigheder på tværs i sig selv gør en væsentlig forskel i forhold til oplevelsen af sammenhæng og koordination hos de fagprofessionelle. I projekterne peger erfaringerne på, at øget kendskab på personniveau på tværs af sektorerne giver et bedre og mere fleksibelt samarbejde. Dette kan opnås gennem tværgående kompetenceudvikling, men det er også erfaringen, at samarbejdet skal understøttes gennem faste mødeformer og samarbejdsfora.

Det grundlæggende samarbejde har i projekterne været så væsentligt at få etableret, før der kan udvikles i detaljer på enkeltelementer i samarbejdet, at det må opfattes som en forudsætning for opbygning af fx et sammenhængende system af graduerede indsatser. Det kan derfor overvejes, hvorvidt forløbsprogrammerne i langt højere grad skal indeholde anbefalinger til konkrete redskaber til understøttelse af form og struktur i det tværsektorielle samarbejde.

I flere af projekterne er det endvidere blevet tydeligt, at der internt i mange kommuner også kan arbejdes med det tværgående samarbejde – særligt på tværs af PPR og børne- og familieområdet.

Samtidig er en væsentlig pointe på tværs, at det ikke er nødvendigt at opfinde nye former for fora til at kvalificere samarbejdet. Der peges derimod på større chance for succes, hvis man lykkes med at styrke samarbejdet igennem eksisterende strukturer. Et gennemgående fokus på tværs af projekterne er i forlængelse af dette, at ledelsesforankring og -prioritering tilstrækkelig bredt på tværs af sektorer er afgørende for at sikre egentlig implementering, og her kan de eksisterende samarbejdsstrukturer og -aftaler fungere som et godt afsæt. Erfaringerne viser dog også, at sammenhængen i indsatsen kæmper om fokus med en række andre mere monosektorielle spørgsmål og udfordringer. Det er Implementeringsvurdering, at fokus på den tværgående sammenhæng i indsatsen kunne være mere kontinuert, hvis ansvaret for sammenhængen var mere entydigt placeret hos en specifik aktør.

I mange af projekterne arbejdes der med netværksmøder som et afgørende redskab til at skabe sammenhæng i de enkelte børne-/ungeforløb. Dette er mange steder et kendt redskab, der kan udvikles yderligere på, og som kan tages bredere i anvendelse. Det kan overvejes, om forløbsprogrammerne i højere grad kan give konkret inspiration til organisering og afholdelse af sagsspecifikke netværksmøder.

Et andet opmærksomhedspunkt i forhold til samarbejde og koordination er samarbejdet med forældrene og andre relevante pårørende – og behovet for at tænke dem ind på tværs som samarbejdsparter, der kan bidrage aktivt i forhold til at vurdere, hvad der er den rette indsats eller behandling til imødekommelse af barnets/den unges udfordringer. En måde at styrke dette på er gennem forløbsspecifikke tovholdere, der har løbende kontakt til familien og til samarbejdsparterne.

Dette nævnes specifikt i forløbsprogrammerne som et opmærksomhedspunkt, og i flere af projekterne er det tydeligt, at der ikke er en kendt eller tydelig tovholder eller kontaktperson i de enkelte børne-/ungeforløb.

Endvidere fremgår det tydeligt i erfaringerne fra projektet i Region Sjælland, at en tovholderfunktion opleves meget positivt af både familier og fagprofessionelle i indsatsen. Det kan således overvejes, om forløbsprogrammerne kan blive endnu tydeligere i forhold til behovet for en kontaktperson, og om dette kan bakkes op med konkrete forslag til organisering og funktion.

Endelig er der konkrete samarbejdsflader, der med fordel kan kigges mere på i forhold til såvel graden af dokumentation som hensigtsmæssigheden i informationsflow. Eksempelvis er det en udfordring, at det kun er henviser, der får svar på eventuel afvisning på udredning i psykiatrien. Hvis det eksempelvis er egen læge, der har henvist, så modtager ingen andre parter viden om, at henvisningen er afvist, og der er således ikke nødvendigvis opmærksomhed på at ”gribe bolden” igen og i samarbejde med familie finde ud af, hvad næste skridt så skal være. Der kan her være behov for at se på muligheden for at standardisere informationsflowet gennem tydelige anbefalinger i forløbsprogrammerne om dette.

### **3.3.3 Graduerede indsatser og organisering**

I flere regioner er det italesat, at volumen – samt viden og indsatsvifte – i forhold til målgrupperne forventeligt er begrænset i mange af de kommuner, der ikke har været med i projektet, men som står for at skulle være med i en eventuel udrulning. Der er derfor en selvstændig pointe i at tænke mere fleksibilitet ind i de nederste trin i forhold til såvel adgang til rådgivning og sparring fra den regionale psykiatri, som hvor udredning, indsats og behandling mest hensigtsmæssigt er placeret, og om det eksempelvis kunne give mening at arbejde med en selvstændig funktion, der går på tværs af kommuner.

Samtidig er der oplevet en del utydelighed i forhold til særligt Trin 2 samt overgangen eller sammenhængen til Trin 1 og 3. Det er relativt tydeligt for alle, at indsatser på Trin 1 hovedsageligt er et kommunalt ansvar, og at indsatser på Trin 3 handler om at supplere med en indsats i den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Mere uklart er det, hvem der mere præcist har ansvaret for at tilbyde en uddybende vurdering og indsats.

Ligeledes er der flere, der tolker indsatsen på Trin 3 som værende den regionale psykiatri alene. Dermed tolkes opgaven om at skabe sammenhæng som en videregivelse af behandlings- og støtteansvar snarere end en opgave om at tilbyde parallelle velkoordinerede indsatser fordelt på flere aktører og myndigheder.

Der er således et behov for tydeliggørelse af, hvem der skal tilbyde hvilket niveau af indsats, samt hvordan bevægelsen mellem og inden for det enkelte trin er tænkt.

Mange forældre/pårørende oplever, at de ikke bliver hørt, når de i forbindelse med en indsats forsøger at synliggøre, at indsatsen ikke har den ønskede effekt og ikke imødekommer de konkrete udfordringer, barnet eller den unge kæmper med. Oplevelsen er, på tværs af flere af de interviewede forældre, at indsatsen særligt på Trin 2 ofte opleves som tilfældig – som der, ”hvor der var plads” – og at en indsats eller behandling i værste fald fastholdes i mangel på bedre, alt imens barnet eller den unges udfordringer vokser. Dette rejser samtidig et spørgsmål om, hvorvidt der reelt er tilstrækkelige – eller de rette – indsatser på Trin 2.

Mange forældre og pårørende oplever således i lange perioder, at der ikke er nogen, som kan hjælpe dem med de udfordringer, som de oplever at stå med i forhold til barnet eller den unge. Nogle gange betyder dette, at forældrene/den pårørende henvender sig til egen sundhedsforsikring eller støtte fra anden side (fx støtte via Kræftens Bekæmpelses pårørenderådgivning). Samtidig fortæller såvel interviewede forældre som repræsentanter for bruger- og pårørendeforeninger, at det opleves, som om der går meget lang tid, fra at man som forældre/pårørende henvender sig for at få hjælp, til man oplever at modtage hjælp – og ofte endnu længere tid, før det opleves som den rette hjælp. Der går meget lang tid med at vente på eksempelvis forløb i PPR eller forløb tilbudt gennem børne- og familieafsnittet, og i flere tilfælde opleves problemerne som eskalerende, hvorefter forældrene/de pårørende ofte ender med at henvende sig til den psykiatriske akutmodtagelse, hvor de også bliver afvist. Bakkehuset i Region Sjælland håndterer netop de afviste familier, og erfaringerne herfra viser, at forældre/pårørende samt børn og unge føler sig hjulpet og i større trivsel efter tilbuddet i Bakkehuset, som i realiteten går ind og fungerer som et Trin 2-behandlings- og vurderingstilbud.

Samtidig rejser tilbagemeldingerne fra forældre på tværs samt erfaringerne fra Region Sjælland spørgsmålet om, hvorvidt der reelt er en tilstrækkelig opmærksomhed på tilbud på Trin 2. En hypotese om, at ansvaret for at tilbyde en uddybende vurdering og indsats ikke er tydeligt placeret, og dermed underprioriteret, underbygges af, at mange af de fagprofessionelle aktører også oplever, at der mangler en sådan indsats. Dette fremgår tydeligt af praksis i Region Sjælland og kommunerne, hvor samarbejdspartner til den etablerede tværsektorielle enhed er begyndt at henvise familier til den psykiatriske akutmodtagelse (uden at der er behov for dette) for at få adgang til indsatsen, der gives i den tværsektorielle Trin 2-indsats.

Udfordringerne i forhold til at tydeliggøre ansvar for Trin 2-indsatsen handler også om ressourcer. Der har i implementeringsprojekterne ikke været et tydeligt ressourcefokus i de afprøvede og implementerede løsninger, ligesom der heller ikke er dette i de nationale forløbsprogrammer. På baggrund af de gode erfaringer med den nye tværsektorielle enhed i Region Sjælland bør det overvejes, om dette er en model, der kan udbredes yderligere. Der kan dog ikke tages informeret stilling til dette spørgsmål uden en grundigere afklaring af de budget- og samfundsøkonomiske konsekvenser af dette. Måske handler de gode resultater blot om, at der i en periode har været tilført midler til en indsats, der uden for en projektperiode ikke vil kunne finansieres. Omvendt kan det være, at udgiften til indsatsen kan opfattes som en investering i kortere forløb og mindskede antal besøg i akutmodtagelserne. Dette perspektiv er ikke belyst, og det bør overvejes at igangsætte egentlige forsøg med oprettelse af enheder eller funktioner med Trin 2-opgaver, hvor der i afprøvningen er et specifikt fokus på opgørelse af budget- og samfundsøkonomiske konsekvenser.

I de gennemførte interviews med forældre til børn eller unge med psykisk lidelse har flere peget på, at der kunne være mere opmærksomhed på at støtte forældrene og andre relevante pårørende, der ofte selv er i krise, når de henvender sig for at få hjælp til deres børn. Det kan overvejes at skrive dette perspektiv tydeligere frem i forløbsprogrammerne.

Endelig kan det overvejes, hvordan der sikres tilstrækkelig – og effektiv – adgang til psykiatrisk udredning. Det opleves i dag, at der stilles meget store krav til den formelle dokumentation, der ofte ikke opleves relevant af henviser. Herunder fx krav om en pædagogisk psykologisk vurdering, også selvom PPR ikke har været involveret i sagen. Hos de kommunale aktører og hos almen praksis opleves det, at det alene er den regionale psykiatri, der kan definere, hvem der har behov for specialiseret psykiatrisk støtte. Her påpeges det, at der kan være behov for en bredere dialog om, hvilke familier der har behov for kontakt med psykiatrien. Den meget høje andel af afviste henvisninger underbygger, at der er behov for en bredere fælles forståelse af, hvilke børn og unge der kan henvises til psykiatrien.

### **3.3.4 Implementering og opfølgning**

En af de største udfordringer i forhold til implementering af forløbsprogrammernes anbefalinger er manglende tværsektoriel forståelse blandt de involverede aktører samt manglende overblik over den samlede indsatsvifte. Samtidig er der på tværs af alle projekterne peget på behovet for henholdsvis mere tid, ressourcer og ledelsesmæssig opbakning og forankring.

For i højere grad at kunne implementere anbefalingerne i forhold til såvel koordination og samarbejde som graduerede indsatser kan det overvejes at tænke i en egentlig afklarende og opkvalificerende indledende fase i et implementerings- eller udrulningsforløb. En afklarende fase, hvor der udarbejdes en modenhedsvurdering, hvor man kigger på tværs af kommuner og regional psykiatri samt almen praksis og afdækker samarbejdsflader og -aftaler, systematik i arbejds gange, indsatsvifte og specialiseret viden i forhold til målgrupperne på tværs af de forskellige trin. En sådan indledende modenhedsvurdering vil give et kvalificeret afsæt for at beslutte, hvor ressourcerne skal prioriteres, og hvor der er behov for udvikling og opkvalificering. Det vil samtidig sikre en fælles retning og en fælles oplevelse af nødvendighed og meningsfuldhed.

På tværs af projekterne er implementeringen grebet forskelligt an, og der kan med fordel plukkes imellem de valgte tilgange, hvor der både er arbejdet med etablering af indledende baseline på tværs af alle kommuner i en region, nedsættelse af tværsektorielle arbejdsgrupper til afdækning af relevante opkvalificerings- og udviklingsinitiativer, tværsektorielle praktik- og uddannelsesforløb og målrettet kompetenceudvikling på tværs af sektorer.

Samtidig kan det med fordel tydeliggøres i forløbsprogrammerne, at det kan være hensigtsmæssigt i forhold til implementeringens succes at forankre arbejdet med forløbsprogrammerne som en del af en formaliseret samarbejdsstruktur (Sundhedsaftalerne).

Der kan også peges på et generelt behov for at involvere almen praksis meget mere i implementeringen. Henvisninger til udredning i psykiatrien kommer i stor udstrækning fra almen praksis, og i en række tilfælde er det den praktiserende læge, som forældre/pårørende først henvender sig til med en bekymring for deres børn. Der bør derfor være endnu større fokus på samarbejdet med almen praksis, som kun er meget sporadisk involveret i implementeringen af forløbsprogrammerne, men som er en væsentlig brik i det samlede tværsektorielle samarbejde på tværs af de graduerede indsatser.

Der kan derfor med fordel tænkes i, hvordan forløbsprogrammerne kan understøtte almen praksis' større involvering i at skabe sammenhæng, hvor lægerne ikke blot er repræsenteret som selvstændige praktiserende læger, men som gruppe.

Endelig vurderer Implement, at det vil være yderligere kvalificerende at involvere dem, som det hele handler om, i en afklarende fase – nemlig repræsentanter for målgruppen og deres forældre/pårørende. Der er væsentlig viden at hente om oplevede udfordringer og eventuelle huller i indsatsviften ved at give stemmer til dem, som man ønsker at gøre en forskel for, og som oplever udfordringer og barrierer i det tværsektorielle samarbejde på egen krop.



## 4. Konklusion og afrunding

I dette kapitel samles op på de vigtigste pointer set i forhold til de tre evalueringsspørgsmål:

1. Hvilket indhold er de lokalt tilpassede forløbsprogrammer blevet givet?
2. I hvilken udstrækning er forløbsprogrammerne implementeret?
3. Hvad er de centrale implementerings- og udviklingsbehov?

Kapitlet er struktureret således, at der gives en opsamling på svarene på spørgsmål 1 og 2 i afsnit 4.1, og svarene på spørgsmål 3 gives som en række konkrete anbefalinger til henholdsvis arbejdet med at skabe sammenhæng i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser og til arbejdet med forløbsprogrammer mere generelt i henholdsvis afsnit 4.2 og 4.3.

Det er søgt at prioritere mellem de mange erfaringer, der er gjort i de fem projekter, således at det kun er de vigtigste konklusioner, der træder frem i dette afsluttende kapitel. Det betyder også, at det ikke er samtlige pointer, der kan findes i dette kapitel, og at der derfor kan findes mere viden og inspiration til arbejdet med forløbsprogrammer og sammenhæng i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser i det foregående kapitel.

### 4.1 Konklusion

I de fem projekter er der arbejdet med implementering af anbefalingerne i forløbsprogrammerne på meget forskellige måder. Der er derfor også meget stor variation i, hvordan anbefalingerne er blevet tolket lokalt, og hvad der er blevet arbejdet specifikt med. Således er der også kun i meget begrænset omfang tiltag eller fokusområder, der går på tværs af de fem projekter.

Forløbsprogrammerne består alle tre af anbefalinger inden for fire områder: Målgruppen, Samarbejde og koordinering, Graderet indsats og organisering, Opfølgning og implementering. Samlende kan det siges, at der har været meget lille fokus på målgrupperne, og forløbsprogrammerne er da også som udgangspunkt blevet behandlet mere som et fælles forløbsprogram for tre diagnosegrupper end som tre selvstændige forløbsprogrammer. Ligeledes har der på tværs af de fem projekter været relativt stort fokus på samarbejde og koordinering af indsatsen på tværs af særligt kommuner og den regionale børne- og ungdomspsykiatri.

Den relative vægtning af de fire dele i hvert af de fem projekter fremgår i overblik af nedenstående figur.

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
<b>Del 1: Målgruppe</b>					
<b>Del 2: Samarbejde og koordinering</b>					
<b>Del 3: Gradueret indsats</b>					
<b>Del 4: Opfølgning og implementering</b>					

Størst variation på tværs af de fem projekter har der været i, i hvilken grad der er blevet arbejdet med at kvalificere det faglige indhold i en gradueret indsats, og i måden hvorpå implementeringen er grebet an organisatorisk og i forhold til kompetenceudvikling.

Ingen af projekterne har således haft fokus på alle dele af anbefalingerne i forløbsprogrammerne og har haft meget forskellige ambitionsniveau i forhold til dette.

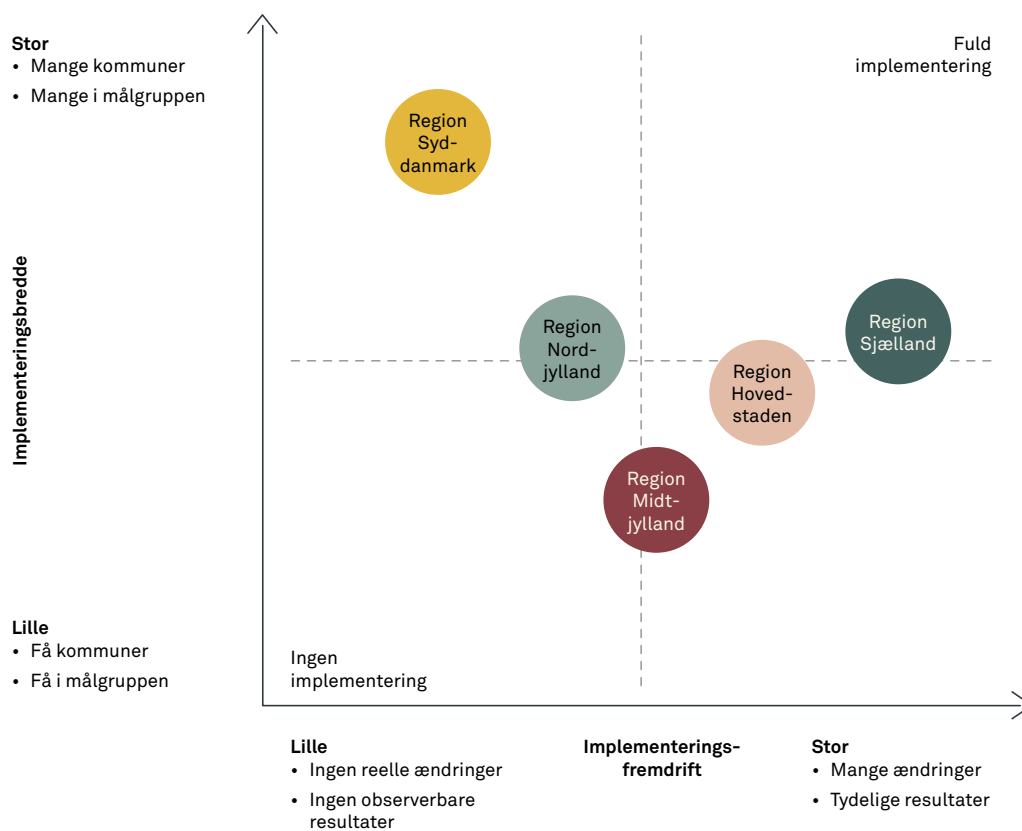
Forskellen i tilgang og ambitionsniveau har også haft betydning for, i hvilket omfang det i projektperioden er lykkedes at indføre en ny praksis, der reelt styrker det tværsektorielle samarbejde. Også her er der betydelig variation i, i hvilket omfang det er lykkedes at implementere de ønskede ændringer.

De på nogle områder mest ambitiøse projekter (projektet i Region Nordjylland, der ønsker at arbejde med stort set alle anbefalinger i forløbsprogrammerne og samle disse i en nordjysk model, og projektet i Region Syddanmark, der fra start har involveret alle kommuner i arbejdet med styrket sammenhæng) er også de projekter, der er nået kortest i forhold til at skabe reelle forandringer inden for den begrænsede projektperiode.

Generelt har det vist sig, at et veletableret tværgående samarbejde er en nødvendig forudsætning for at kunne arbejde med at etablere et sammenhængende system af graduerede indsatser, og for at der kan etableres en sikker opfølgning og implementering af det fortsatte tværsektorielle samarbejde. I alle projekter har det taget tid at etablere det grundlæggende samarbejde – også tid i et omfang, hvor det kun er et projekt, der for alvor er nået til at afprøve en ny praksis i større omfang.



De fem projekters forskellige implementeringsgrader fordelt på implementeringsbredde og implementeringsfremdrift fremgår af nedenstående figur.



Det kan konkluderes, at det med forløbsprogrammerne er lykkedes at dagsordenssætte den tværsæktorielle og tværgående sammenhæng i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser. Forløbsprogrammerne opfattes som meningsfulde og giver et fælles sprog på tværs af aktørerne. Det er også tydeligt, at særligt Trin 2 i den graduerede indsats er vanskelig at få sikker hånd om i den samlede indsats.

Der er i alle regioner og deltagende kommuner også kommet en stor opmærksomhed på behovet for og gevinsten ved at lære de øvrige aktørers opgaver, tilbud og vilkår at kende. Mange steder er der også en erkendelse af, at sammenhængen kan styrkes også med mindre justeringer af den daglige praksis.

Det er i mindre grad opnået at skabe en ensartethed i indsatsen på tværs af landet og i de enkelte regioner. Hvor der er implementeret nye løsninger i regionerne, er det i et begrænset område eller for en begrænset målgruppe. I de regioner, hvor indsatsen er tænkt bredere med flere aktører, er man ikke nået til at implementere en tværgående ny praksis.

Det må også generelt konstateres, at der fortsat ikke er opnået viden om forholdet mellem sammenhæng i indsatsen og ressourceudnyttelse.

## 4.2 anbefalinger

Det skal igen understreges, at evalueringen giver anledning til mange mulige præciseringer og justeringer i arbejdet med forløbsprogrammer, men at der nedenfor er søgt at prioritere, så de vigtigste anbefalinger står så klart som muligt. Først gives anbefalinger til arbejdet med forløbsprogrammer generelt (der således også gælder for forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser). Dernæst gives anbefalinger, der er specifikt rettet mod forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser.

### 4.2.1 Forløbsprogrammer generelt

På baggrund af den gennemførte evaluering anbefaler Implement, at:

- Afgrænsningen af målgrupper for forløbsprogrammer primært vurderes ud fra, hvilke aktører der er de væsentlige i indsatsen mere end specifikke diagnosegrupper. Dette gøres på baggrund af en opfattelse af, at forløbsprogrammer primært er en ramme for samarbejde mellem en række specifikke aktører, mere end det er snæver støtte- og behandlingsfaglig viden. Forløbsprogrammer bør således suppleres med faglige vejledninger.
- Graden af præcision i anbefalinger og handleanvisninger bør bygge på forudgående vurderinger af, hvor vanskelighederne i at skabe sammenhæng i indsatsen er størst. Jo større vanskeligheder, jo mere behov for specifik inspiration.
- Det bør være tydeligt, hvilken ambition der er for graden af formalisering af det lokale arbejde.
- Målet om større sammenhæng i indsatsen og bedre ressourceudnyttelse operationaliseres i større grad, end det er gjort i de tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser, for dermed at give tydeligere retning til arbejdet og større mulighed for at følge op på sammenhængen i indsatsen.
- Fokus på ressourceudnyttelsen styrkes i forløbsprogrammerne.
- Der i højere grad gives processtøtte ved implementering af forløbsprogrammer gennem ansøgningspuljer.

### 4.2.2 Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

På baggrund af den gennemførte evaluering anbefaler Implement, at:

- Der gennemføres landsdækkende modenhedsanalyser af sammenhængen i indsatsen – eventuelt med inspiration fra projektet i Region Nordjylland.
- Der i forbindelse med støtte til lokal implementering af forløbsprogrammerne afsættes midler til gennemførelse af lokale modenhedsvurderinger, der kan tydeliggøre det specifikke behov i den enkelte region.

- Det i forbindelse med støtte til lokal implementering af forløbsprogrammer tydeliggøres, hvad forventningerne til omfang og graden af implementering er.
- Der formuleres et samlet forløbsprogram for børn og unge med psykiske lidelser, hvor der kan gives særlige opmærksomhedspunkter for de forskellige diagnosegrupper i supplement til dette. Børn og unge med autismespektrumforstyrrelser bør være omfattet af dette, da de udgør en stor andel af den samlede målgruppe.
- Der arbejdes på redskaber til etablering af national monitorering af forekomst og udvikling inden for de forskellige diagnosegrupper for på denne måde løbende at kunne tage stilling til kapacitet og behov for udvikling af indsatserne.
- Der udarbejdes konkrete forslag til en tydeligere placering af ansvaret for at skabe sammenhæng i de enkelte forløb for børn og unge med psykiske lidelser.
- Det generelle samarbejde understøttes yderligere gennem konkrete redskaber til iværksættelse af netværksmøder og kontaktperson.
- Forældre og pårørende får større fokus som samarbejdspart i den samlede indsats, og at der er fokus på at understøtte forældre og pårørende til børn og unge med psykiske lidelser.
- Der udvikles en national understøttelse af etablering af it-understøttet overblik over den samlede tilbudsvifte.
- Det tydeliggøres, hvordan almen praksis som sektor kan inddrages i det praktiske arbejde med at udvikle og implementere lokal sammenhæng i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser.
- Det i forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske lidelser tydeliggøres, hvilke aktører der skal tilbyde hvilket niveau af indsats, samt hvordan bevægelsen mellem og inden for hvert trin i den graduerede indsats er tænkt i forløbsprogrammerne.
- Der arbejdes med at tydeliggøre, hvor ansvaret for særligt den uddybende vurdering på Trin 2 i den graduerede indsats ligger.
- Ansvaret for kapacitet og kvalitet i indsatsen på Trin 2 i den graduerede indsats tydeliggøres.
- Det undersøges, om der er tilstrækkelig kapacitet på Trin 2 i den graduerede indsats.
- Der, på baggrund af erfaringerne med Bakkehuset i Region Sjælland, gennemføres forsøg med en kontaktpersonfunktion forankret i forskellige organisatoriske kontekster, hvor der i forsøgene er et tydeligt ressourceudnyttelsesperspektiv.
- Bakkehusets overgang fra projekt til drift følges tæt med henblik på at følge udviklingen i resultaterne i en driftssituation og udviklingen i indholdet i henholdsvis den uddybende vurdering og den faglige indsats på Trin 2.
- Adgangen til udredning, diagnosticering og behandling i den regionale børne- og ungdomspsykiatri gøres til genstand for forløbsprogrammerne.



## Kontakt

Du kan få flere oplysninger ved at kontakte

**Jesper Henriksen**  
jehe@implement.dk  
+45 4138 0087

**Christina Mulvad Rask**  
chra@implement.dk  
+45 5159 3929