

Samarbejdet om psykisk sårbare børn og unge set fra praktiserende lægers perspektiv - Et kvalitativt studie

Forfatter: Atefeh Khaksar^a

Hovedvejleder: Camilla Hoffmann Merrild^b

Medvejledere: Janus Laust Thomsen^b & Morten Sig Ager Jensen^b

^a: Studienummer 20156079, projektnummer 69e21au5. Stud. Med., 5. Semester Kandidat, Aalborg Universitet

^b: Center for Almen Medicin, Aalborg Universitet

Januar 2022

Antal ord: 4820

Resumé (dansk)

Formål og introduktion: Psykisk sårbare børn og unge navigerer oftest mellem flere faggrupper. De fleste forløb er præget af lang symptomvarighed og forsinkelser forud for udredning. Meget lidt kendskab foreligger om årsagerne hertil. Formålet med dette studie er, at udforske den almen praktiserende læges erfaring, synspunkter og oplevelser af det tværsektorielle samarbejde omkring psykisk sårbare børn og unge.

Metode: Studiet blev udført som et kvalitativt studie baseret på data indsamlet gennem semi-strukturerede online individuelle interview med fire almen praktiserende læger fra tre ud af fem danske regioner. Dette med henblik på at sikre mest mulig variation. Lydoptagelserne blev transskriberet og analyseret ved brug af systematisk tekstkondensering.

Resultater: Samtlige almen praksis (AP) læger anerkendte rollen som tillidsperson og tovholder som værende vigtig faktor for et sammenhængende forløb. Dette især da tilbagemelding omkring initierede forløb udelukkende blev overleveret af de unge og familierne. Igangsættelse og

forløbsoversigt blev beskrevet som afhængig af denne overlevering. AP-lægerne udtrykte manglende kommunikation og tilbagemelding mellem AP og kommunen. De udtrykte desuden at disse tværfaglige forløb ofte var præget af langvarige ventetider forud for en udredning, hvori børn og unge i denne tid yderligere blev udfordret, hvilket både kunne påvirke familiedynamikken og skolegangen. Samarbejdet mellem AP og børne- og ungdomspsykiatrien (BUP) blev beskrevet som effektiv, dog først når udredningsforløbene var igangsat. Henvisningerne til BUP var oftest udfordret af forudgående krav om udredning via skolesystemet, hvilket blev beskrevet problematisk, da dette var uafhængigt af og udenom AP. Lægerne udtrykte desuden mangel på ressourcer og aktører, som kunne dække de hyppigste henvendelsesårsager i praksis. Samtlige læger var enige om at svært psykisk syge børn og unge modtog hurtigere hjælp, hvor børn der var mindre syge, dog med tydelige problemstillinger, var en større udfordring at få hjælp til, hvilket oftest placerede dem mellem to stole.

Konklusion: Samarbejdet med psykisk sårbare børn og unge er svært at navigere i. Forløbene er oftest præget af længe ventetider før udredning. AP-lægerne ønsker at involveres og være tovholder, men udfordres oftest grundet mangel på tilbagemeldinger og tilbud. Der mangler hjælp til de unge, der ikke er akut syge, men som har tydelige problemer der kræver hjælp. Lægerne udtrykker hermed et behov for et opprioriteret samarbejde på tværs af faggrupperne til fordel for mere sammenhængende forløb.

Abstract (English)

Aim and introduction: Mentally vulnerable children and youngsters are required to navigate through a system with multiple professionals. Most of these cases are characterized by prolonged symptom durations and delays prior to diagnostic workup. Very little research exists about the reasons behind this. The purpose of this study is to explore the Danish GP's experience and perspectives on cooperation across sectors during their consultation with the mentally vulnerable child and youth.

Methods: A qualitative research design was chosen based on materials from individual semi-structured online interviews with four GPs from 3 out of 5 Danish regions. This to create maximum variation among them. The interviews were audio-recorded, transcribed and analyzed using systematic text condensation.

Results: All the GPs acknowledged their role as trustee for the families as essential to a continuous patient pathway, especially as feedback about initiated processes was exclusively attained through mentally vulnerable children and their families. Initiation of processes and overview of the entire patient pathways were based on this acquired information. The GP's described lack of feedback and communication between GP's and the local authorities. All the GPs experienced that cross-sectorial cooperation was often characterized by long waiting period before initiation of any needed treatment. Furthermore the GPs described this as further challenging the children's mental health and disrupting the children's family dynamics and education. Cooperation with children and adolescent mental health services (CAMHS) was described to be effective, although this was only when interventions were initiated. However, the GPs mentioned that often times their referrals to CAMHS was challenged. CAMHS often times needed referrals from educational services in order to

initiate interventions needed for the children, which was described problematic as educational services is a completely independent pathway from GP's systems and referral range. GPs also mentioned lack of resources and professionals which could cover the most common situations in practice. The GPs agreed upon that severely mentally ill youngsters obtain help more quickly whereas a greater challenge occurred with less ill although obvious problems that required help, making these children fall between two stools.

Conclusion: Cooperation with mentally vulnerable children and youth seems challenging to navigate through. The processes is often characterized by long waiting periods prior to treatment. Although GPs wish to be involved and coordinate, processes are most often challenged due to lack of feedback and resources. Resources are especially requested in situations where the youngsters are clearly in need of help, although not acutely sick. The GPs expressed a need for a more prioritized collaboration amongst professionals in favor of more effective and continuous process.

Introduktion

Hvert år er der ca. 11.000 børn og unge, der starter et udredningsforløb i psykiatrien i Danmark(1). 49 ud af 1.000 0-17 årige danske børn og unge er diagnosticeret med en psykisk sygdom, svarende til 57.100 børn og unge (2). En rapport fra 2021 konstaterer (1), at regionale forskelle på tværs af landet også har været af betydning for antallet af børn og unge med debut af psykiatrisk sygdom de seneste 10 år. Der beskrives, at disse forskelle bunder i forskellige forhold som psykiatriens kapacitet, forskellige visitationspraksis i de enkelte regioner, forskelle i organisering af behandlingen af psykisk sårbare børn og unge, kommunale og sociale indsatser samt indsatser i regi af pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR).

Det danske sundhedsvæsen er finansieret gennem skat og tillader gratis adgang for de danske borgere. Denne indgang opnås imidlertid kun ved en forudgående visitation fra almen praksis. Hermed har de danske almen praktiserende læger (AP-læge) en central rolle, i forhold til at agere som 'gatekeepers' og tovholdere for danske borgeres primære indgang til resten af sundhedsvæsenet (3). Ved regelmæssig kontakt til familierne tidligt i børnenes liv er AP-lægerne desuden også involveret i barnet og familiens sundhed og helbred i forbindelse med forebyggende helbredsundersøgelser, de såkaldte børneundersøgelser. Udover helbredsundersøgelserne, møder familien også AP-lægerne i forbindelse med somatiske sygdomme, herunder infektionssygdomme. I forlængelse af dette, stilles der krav til opmærksomhed og tidlig indsats fra den praktiserende læge i denne periode i form af identifikation, visitation og intervention i forhold til sårbare og udsatte børn og familier. Den praktiserende læge har således mulighed for allerede tidligt i barnets liv, at blive bekendt med familiedynamikken, både hos det raske barn og det omsorgssvigtede barn (4).

Gennem forløbet med psykisk sårbare børn og unge samt deres familier, samarbejder AP-lægerne med flere fagpersoner. AP-læger tildes et krav om tværfaglig samarbejde med kommunen og andre sundhedsfaglige, herunder også børne- og unge psykiatrien (BUP). Samarbejdet er primært med henblik på, at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbet, der involverer flere sektorer (3). Ydermere foreligger der for sundhedsfaglige og andre fagpersoner et lovpligtigt krav om underretning til kommunen, når de får kendskab til forhold, som giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for støtte (4).

Denne organisering betyder, at psykisk sårbare børn, unge og deres familier navigerer gennem deres forløb i et system med forskellige aktører og deres tilhørende uafhængige kommunikationssystemer. Et studie viser, at en af de aktører der sender langt størstedelen af henvisningerne til BUP er primært almen praksis (5). Disse henvisninger, fra AP, var desuden associeret med kortere symptomvarighed forud for henvisning. Symptomvarighed forstås som tiden fra, at forældrene opdagede symptomerne til at familierne fik igangsat et udredningsforløb hos BUP. Dog understreger studiet, at BUP generelt set oplevede en forsinkelse i henvisningerne. I gennemsnit havde forældrene været forbi 2,9 instanser samt modtaget behandling i 1,9 forskellige sektorer 2 år før de blev henvist til BUP. Dette på trods af, at forældrene havde set tegn på psykiske vanskeligheder i mere end 5 år, før de blev henvist.

Et andet udfordrende aspekt i samarbejdet med psykisk sårbare børn og unge er en korrekt opsporing. På trods af, at almen praksis er placeret således, at de tidligt i børnenes liv bliver bekendt med barnets udvikling og familie, kan det stadig være en udfordring at identificere psykisk sårbare børn (6–9). Identificering af psykisk sårbare børn er ikke altid håndgribeligt. Det er oftest på basis af AP-lægers mavefornemmelse om, 'at noget ikke stemmer'(6,7). Læger kan ofte være i tvivl om, hvorvidt problemerne hos de unge drejer sig om dårligt fysisk helbred, mental helbred, omsorgssvigt eller misbrug. AP-lægerne var mindre tvivlsomme ved tydeligt svære tilfælde, men der opstod nemmere tvivl i de tilfælde, hvor der var en fornemmelse af, at tingene ikke gik sammen (6). Andre gange er opsporingen af psykisk sårbare børn noget der opdages gennem et indirekte forløb, hvor AP-lægerne gennem deres konsultation med forældrene bliver bekendt med et potentielt psykisk sårbare børn (8). En udfordring er også manglende tilbud i forhold til de problemstillinger AP-lægerne oplever ved samarbejdet med familierne, især i de tilfælde, hvor børn falder mellem to stole, hvilket yderligere kan forlænge ventetiden(5,6). Flere studier understreger vigtigheden af et tæt samarbejde på tværs af faggrupperne i samarbejdet med psykisk sårbare børn og unge(5–7,9).

Der foreligger i dag, indenfor afgrænsning, ingen studier, der belyser de konkrete organisatoriske problemstillinger, som den almen praktiserende læge står overfor i samarbejdet med hhv. psykisk sårbare børn og unge og familierne, kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark.

Formålet med dette studie er derfor, at belyse den almen praktiserende læges erfaring, synspunkter og oplevelser af det tværsektorielle samarbejde omkring psykisk sårbare børn og unge.

Metode og design

Studiet blev udført som et kvalitativt studie baseret på data indsamlet gennem semi-strukturerede online individuelle interviews med fire almen praktiserende læger, fra tre ud af fem danske regioner. Studiedesignet blev primært valgt med henblik på, at sikre mest mulig variation i faktorer, som kunne have betydning for lægernes oplevelser, holdninger og erfaringer.

Interviewguide

Interviewguiden indeholdt spørgsmål indenfor områderne: organisatoriske karakter, ventetider, hyppige henvendelsesårsager, positive og udfordrende oplevelser i samarbejdet med de forskellige aktør, samt forslag til fremtidige forbedringer.

Procedure

Hvert interview varede mellem 30-60 minutter. Disse blev gennemført ved brug af software kommunikations programmet Zoom Video (version 5.4.7, Zoom Video Communications, San Jose, Californien, USA). Lydoptagelserne blev transskriberet direkte ordret gennem programmerne Microsoft Word 2021 (Microsoft Office Redmond, USA) og Express Scribe (version 9.22), som er et professionelt audio afspiller software til PC.

Rekruttering

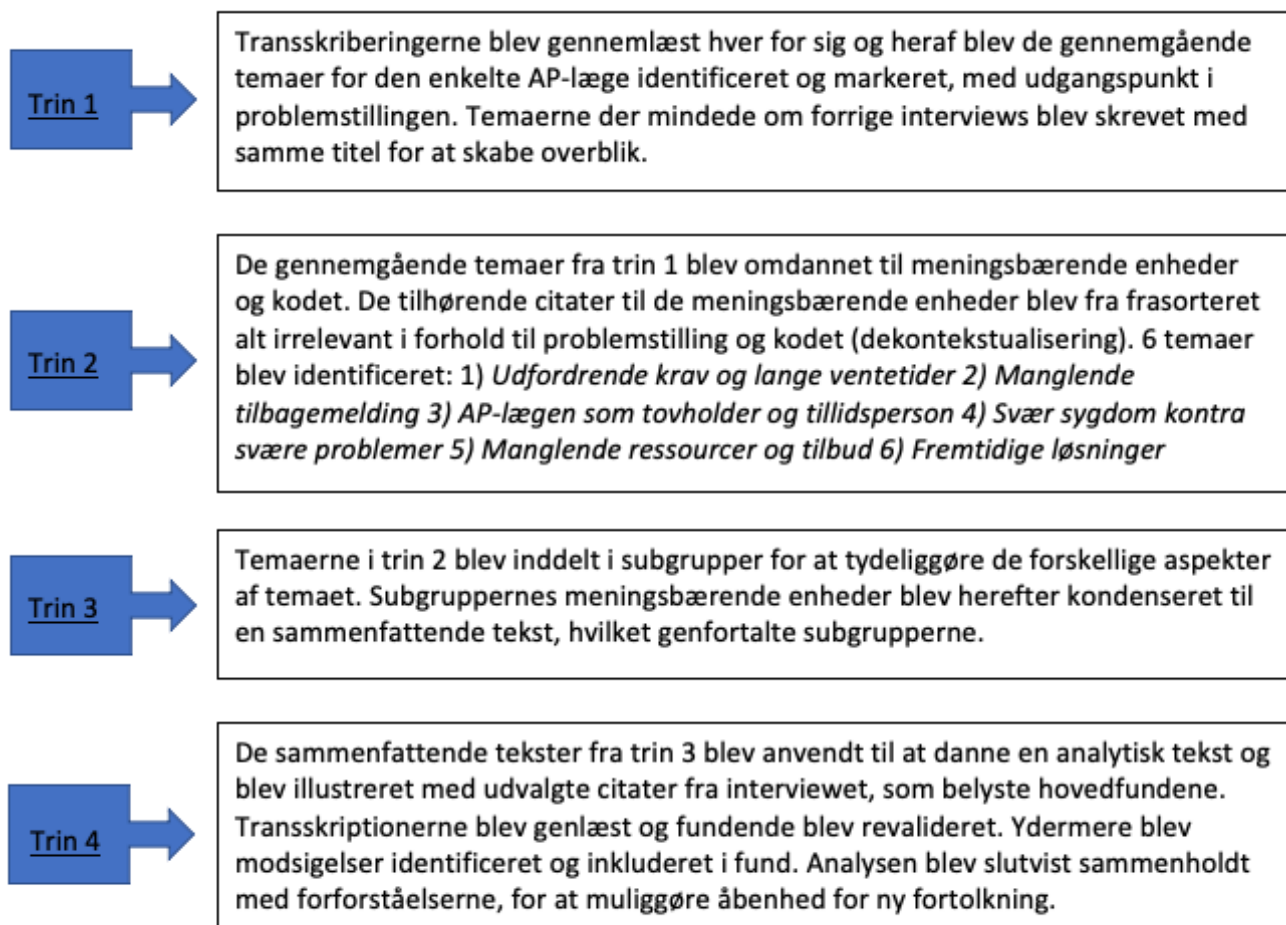
Selektionen af AP-læger til deltagelse i studiet foregik ved hjælp af sundhed.dk, hvori kontaktinformation til forskellige praksis i landet blev fundet. Databasen kan justeres bl.a. efter region, kommune, alder og køn. I alt blev 140 praksisser inviteret. Dette foregik enten per mail eller per telefoni.

Der blev tilstræbt at skabe variation blandt lægerne i alder, køn, antal år som speciallæge i almen medicin, praksis placering og type af praksis (Tabel 1). Inklusionskriterierne var, at deltagerne skulle være speciallæge i AP, samt have samarbejdet med psykisk sårbare børn og unge.

Karakteristika	Antal	
Alder	35-45 år	3
	45-55 år	0
	55-65 år	1
Køn	Mand	1
	Kvinde	3
År som speciallæge i almen medicin	< 10 år	3
	>10 år	1
Praksis placering	Region Nordjylland	1
	Region Midtjylland	0
	Region Syddanmark	2
	Region Sjælland	1
	Region Hovedstaden	0
Type af praksis	Solopraksis	1
	Kompagniskabspraksis	3

Dataanalyse

Efter transskribering af interviewene, blev disse analyseret ved brug af en induktiv og tværgående metode, kaldet systematisk tekstkondensering (STC) (10). Dette er en fleksibel og iterativ analyseproces (figur 1). Den trinvis analyse tillader den uerfarne forsker systematisk at identificere gennemgående temaer, skabe overblik og reflektere over disse i forhold til problemstillingen. Ydermere åbner det muligheden for anden fortolkning og indgangsvinkler.



Figur 1 - Systematisk tekstkondensering

Analysen blev gennemført ved hjælp af programmet Microsoft Word 2021, (Microsoft Office Redmond, USA).

Etik

Studiet er registreret hos Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet. Dette studie omfatter ikke undersøgelse af individer eller menneskeligt biologisk materiale. Hermed er det, ifølge dansk lovgivning, ikke nødvendigt at søge tilladelse af etisk komite til udførsel af projektet (11).

Informanterne, hermed AP-lægerne, blev gjort bekendt med undersøgelsesformålet og der blev opnået informeret samtykke ved underskrivelse af en samtykkeerklæring fra alle informanter. Informanterne blev desuden bekendtgjort med, hvordan deres data opbevares og om deres anonymitet i studiet.

Data bestod af interview, i form af lydoptagelse og noter, som blev pseudoanonymiseret. Disse er opbevaret sikkert i henhold til gældende GDPR regler. Alt data er opbevaret ved Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet, Fyrkildevej 7, 1. sal, lejlighed 3, 9220 Aalborg Øst (12) .

Resultater

Analysen belyste 6 hovedtemaer: *Udfordrende krav og lange ventetider, Manglende tilbagemelding, AP-lægen som tovholder og tillidsperson, Svær sygdom kontra svære problemer, Manglende ressourcer og tilbud, samt Fremtidige løsninger*. Disse temaer uddybes herunder.

Udfordrende krav og lange ventetider

Alle de interviewede AP-læger beskrev deres forløb med psykisk sårbare børn og unge samt deres familier, som et forløb der involverede flere aktører, hvoraf alle lægerne nævnte det kommunal tilknyttede Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), og Børne- og Unge psykiatri (BUP). Nogle nævnte også familieafdelinger i kommunen. Der var enighed blandt lægerne om, at kravene for en henvisning efter konsultationen med børn og unge samt deres familier, var afhængig af flere faktorer:

”Først og fremmest, er der det der hedder PPR, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, som er via skolen. Men udfordringen med PPR er, at for at barnet kan blive henvist til det, så skal det faktisk have problemer med skolen og falde igennem rent fagligt først. Men det er jo ikke alle psykisk sårbare der har faglige udfordringer. Hermed er der faldgrupper. Problemet er også, at hvis de skal videre til det ’øverste’ og have en BUP-vurdering, så skal der foreligge en PPR. Det er meget svært at få et barn direkte til BUP-afdeling uden en PPR-vurdering. Det er nok et kapacitetsproblem, at de laver et filterfunktion, men det fungerer bare ikke særlig godt altid. Det er en af de ting, som jeg synes er meget besværliggjort for vores samarbejde” (AP-læge4)

De fleste læger fortalte, at på trods af, at de kunne komme i kontakt med BUP, så var en udredning mindre nem at få igangsat. Årsagen til dette, mente de, kunne findes i kravet om forudgående PPR-vurdering – en vurdering AP-lægerne ikke er inddraget i. AP-lægen berettede om en situation, hvor det blev nødvendigt, at ’træde på den store pedal’ ved at ringe til BUP og få dem overbevist om, at den unge havde brug for hjælp, trods manglende PPR-vurdering.

Samtlige AP-læger udtrykte desuden, at forløbet oftest var præget af lange ventetider. Minimumsventetiden blev angivet som to måneder og enkelte læger fortalte, at der kunne gå op til et helt år fra, at henvisningen blev sendt til de forskellige aktør til, at udredningen blev initieret. I ventetiden fik børnene det skidt og kunne begynde at have skolevægring.

”Det der i hvert fald udfordrer rigtig meget, det er ventetiderne. Dvs. Har man et ungt menneske i folkeskolealderen, som ikke kommer i skole eller som har meget angst, så er det bare rigtig frustrerende, at der kan være to til tre måneders ventetid i PPR. Det er jo noget der påvirker hele dynamikken i familien og jo i høj grad for forældrene.” (AP-læge3)

Manglende tilbagemelding

Det var et gennemgående tema, at kommunikationen mellem AP-lægerne og især kommunen, var en udfordring og mangelfuld. De fortalte, at når man initierer kommunikation med kommunen, så får de enten et svar på om, at kommunen har modtaget underretningen eller om det er afvist. De

får ikke noget at vide om, hvad der sker som følge af underretningen eller efter en eventuel afvisning. Samtlige AP-læger fortæller, at hvad der efterfølgende sker, er noget de får fortalt af familierne og så må man stole på, at kommunen tager sig af opgaven. En enkelt AP-læge fortalte, at i alle de 28 år vedkommende havde været læge, var der ikke den tilstrækkelige tilbagemelding fra kommunen.

”Mange gange så handler det om, at jeg henviser forældrene til PPR og sender noget på skrift til det der visitationsforum, og så hører jeg ikke, hvad der kommer ud af det. Så jeg synes ikke, at jeg har nogen direkte kommunikation. Det er jo den unge eller fra familien, som bliver lidt mellemmand i det og det bliver deres ord jeg får. Der kommer nogle gange forældre til os eller de unge, selvfølgelig, og så kan vi få at vide, ’jamen nu har de været i et forløb der et par år’. Men vi ved ikke noget om det og det kommer bag på dem, at vi på en eller anden måde ikke er orienteret.” (AP-læge3)

Kommunikationsvejen til BUP blev beskrevet forskelligt, men med bred enighed om, at når først man opnåede adgang hertil, så var der, modsat kommunen, en større medinddragelse og god kommunikation mellem lægen, familierne og BUP. En af AP-lægerne fortalte, at der ikke var noget der hed BUP-enhed i vedkommendes region, hvilket betød, at vedkommende var nødsaget til, at skulle komme i kontakt med en BUP læge igennem voksenpsykiatrisk bagvagt. En anden AP-læge oplevede slet ikke, at blive medinddraget i efterfølgende forløb med BUP efter at have visiteret hertil, udover modtagelsen af et kort bookingsvar omkring tid og dato.

”Jeg synes jeg har udmærket samarbejde med børne- og unge psykiatrien når barnet først er inde. Så holder vi somme tider nogle møder ved de virkelig svære familier. Der bliver vi faktisk, os som praktiserende læger, også inviteret med til, hvordan vi kan hjælpe. Og det kan foregå på børne- og unge psykiatrisk afdeling og på kommunen somme tider. Jeg har også prøvet under Corona, at være med online.” (AP-læge4)

Lægen som tovholder og tillidsperson

Samtlige AP-lægers oplevelse af samarbejde med de psykisk sårbare børn, unge og familierne blev beskrevet som et godt samarbejde. Det var ikke altid, at AP-lægerne følte de kunne bestemme, hvem familierne kunne få hjælp fra. Nogle oplevede, at de kunne give familierne tryghed, ved at snakke med dem om deres forløb og få ringet til nødvendige aktører, i forhold til de spørgsmål familierne var uafklaret med og som de ikke havde fået tilbagemelding om.

”Det fungerer godt, når man har fået en tilbagemelding og den praktiserende læge kan få lov til at være tovholder. Vi er gode til, at samle tråddene og forklare og gøre ved bagefter. Sådan så, at forældrene de kan ringe til mig og jeg har overblik over alt det her. Kommunikationen er som altid vanvittig vigtig. Men det er jo også et spørgsmål om, hvad man gør det til, fordi hvis man, som praktiserende læge, tager de her mennesker alvorligt og lytter til deres problemer, og prøver alt, hvad man overhovedet kan, i et vanskeligt system, for at hjælpe deres børn og unge mennesker, så opnår man jo ofte et rigtig rigtig godt samarbejde med dem, fordi de kan se, at lægen er deres medspiller.”(AP-læge1)

En AP-læge fortalte, at fælles samarbejde med familien, var et vigtigt tillidsforhold at opnå, og at brud på dette ville have konsekvens for ikke mindst lægernes overblik, men også for familiernes videre forløb. AP-Lægen fortalte, at brud på tillid især drejede sig om tilfælde, hvor man var nødsaget til at indberette en familie med henblik på, at få hjælp, hvoraf familien modtog det som et angreb og afholdte sig fra kontakt med lægen.

”Problemet er jo så, at så er der er jo ikke særlig meget støtte nede fra mig når jeg ikke aner, hvad der foregår. Så når forældrene ikke vil sige noget, når barnet ikke er i stand til at komme ned til mig eller bliver forbudt og man ikke får udskrivningskort - jamen, så har jeg faktisk ingen chance for at følge med i det. Så det jeg tænker, der er det væsentlige, det er, at bevare kontakten til denne familie, sådan så de også ser os, praktiserende læger, som en ressourceperson i forhold til, at de kan få alt den hjælp i systemet, som er nødvendigt. At vi bliver medspiller og ikke en modspiller” (AP-læge4)”

Svær sygdom kontra svære problemer

Der var en klar enighed blandt alle lægerne om, at meget svært psykisk syge børn og unge opnår hurtigere og mere effektive forløb, hvor det er vanskeligere at finde hjælp hos de psykisk sårbare børn og unge, der falder mellem to stole. De beskriver, at det er en svær balancegang og ofte ikke særlig konkret, når de er mindre syge, men som stadig har tydelige problemer nok til, at de skal have hjælp. De hyppigst nævnte udfordrende diagnoser var angst, depression og personlighedsforstyrrelser. En AP-læge udtrykte, at effektive forløb afhang af graden af psykopatologien, hvor jo sygere børnene var, desto lettere adgang kunne der opnås.

”Med mistanke om autismspektre, så går det lidt hurtigere i forhold til beslutningen om, at tage det i psykiatrien. Men, hvis det er mere sådan opmærksomhedsforstyrrelse ellers hos de store børn med noget personlighedsforstyrrelse eller svær angstdiagnose, så synes jeg, at det er rigtig svært at komme igennem. For så bliver svaret ofte, af min oplevelse, at det er familiedynamiske-problemer eller samspilsproblemer eller adfærdsproblemer, i psykiatrien.” (AP-læge2)

Det var især en udfordring ved mødet med ressourcestærke unge, som tydeligvis havde behov for hjælp, men hvor de grundet manglende opfyldelse af kravet om frafald i skolesystemet, ikke blev registreret af PPR. Nogle gange drejede det sig mere om, at barnet var psykisk sårbart, grundet deres familiedynamik og mindre grundet dem selv. En AP-læge gav et eksempel på en familie, hvor forældrene havde brug for hjælp til alkoholmisbrugsproblem og hvor barnet ikke havde nogen diagnose, men var blevet en symptombærer for en dysfunktionel familie og herefter var faldet mellem to stole i systemet på trods af behov for hjælp.

Manglende ressourcer og tilbud

Samtlige AP-læger udtrykte, at de ofte blev mødt med problemstillinger, som der manglede ressourcer til fra forskellige aktører, for at kunne imødekomme familierne. Desuden oplevede de, at der ikke var aktører nok, som dækkede alle de forløb, AP-lægerne havde at gøre med. De fortalte også, at den unges og familiens ønske om henvisning til en psykolog ikke kunne lade sig gøre, uden at forældrene selv skulle betale, hvilket AP-lægerne ikke kunne søge om tilskud til fra kommunen. De fortalte, at kun de ressourcestærke familier kunne have råd til privat praktiserende psykolog, hvor mindre ressourcestærke familier ikke havde økonomi hertil. En AP-læge fortalte desuden, at på trods af, at nogle ressourcestærke betalte for en privat praktiserende psykolog, så havde familierne alligevel lange ventetider hertil. En anden AP-læge fortalte, at eneste anden mulighed var, at råde familierne til, at gå igennem PPR, men at dette var udenfor AP rækkevide.

”Så det er fantastisk at fra 18-25 år, er der hjælp at hente, hvis man ellers kan få en tid hos en psykolog. Men jeg synes problemet stadigvæk er hos dem der er yngre. Altså, jeg synes simpelthen, at de sværeste er for dem fra 12-18 år, hvor man kan sige, at det er forældrene der bestemmer det hele, så de er jo faktisk lidt ud på gyngende grund. Så er der mindre børn og der er det forældrene der har den store bestemmelsesret, men jeg synes, at de svære er dem fra 12-18 år. Det er også der, hvor jeg synes, der mangler noget i vores system.” (AP-læge4)

Denne AP-læge fortalte desuden, at vedkommende anvendte faglige indslag af en ikke-kommunal, men privat organisation for børn.

”Det er faktisk en privatorganisation, som arbejder for at bedre børns vilkår i hele Danmark. De underviser fagprofessionelle i, hvad for nogle tegn de skal være bekymret for, når børnene mistrives og hvilke risiko familier der er. Risiko familier, det kan være præcis, hvor der er forældre der er meget syge, har misbrug, forældre der flytter meget rundt og så videre. De har nærmest to A4-sider med risikoting, hvor vi altid skal tænke, ’er der noget i den her familie?’, ’Det her er besynderligt, ikke?’. Det redegøre ’hvorfor gør i det sådan her og ikke sådan her, som alle andre gør?’. Altså, som i ’hvorfor har dit barn skiftet skole 10 gange?’, ’Hvad er det der foregår?’. Så de underviser faktisk både lærer, pædagoger, læger og socialrådgiver i ’hvad skal i være opmærksom på’. De prøver faktisk, at samle de sager der er, på et overordnet plan, for at vi andre bliver skarpere til, at se på det.” (AP-læge4)

Fremtidige løsninger

Alle AP-lægerne var enige om, at der var behov for bedre kommunikation og tilbagemelding fra kommunen. En AP-læge mente, at det bør være et krav, da de ellers ikke har nogen chance for at opretholde hverken effektiv tillidsforhold til familierne eller tovholderfunktionen. Desuden blev der udtrykt, at der ikke var nok aktører og tilbud til at dække alle de forløb lægerne sad med. En enkelt AP-læge beskrev det som behov for flere ’mellem-tilbud’. Flere AP-læger mente, at en måde hvorpå de selv kunne forbedre samarbejdet med de psykisk sårbare børn og unge var ved, at opprioritere tovholderfunktionen således, at man fik lagt et godt sikkerhedsnet ud. Især hos

dem hvor man tvivlede på, hvor de hørte til. Dette mente de kunne gøres ved at opretholde regelmæssige konsultationstider.

”Mit forslag er, at man på en eller anden måde havde krav på en form for tilbagemelding, hvor vi kan få noget bedre kommunikation og feedback, også undervejs i udredningsforløbene. Desuden, at kunne rådføre sig med en speciallæge hvis man sidder og er i tvivl, altså som en rådgivende funktion, fordi forældrene bliver undrende når vi ikke aner, hvad der foregår.” (AP-læge3)

Flere gav hermed udtryk for, at der var situationer, hvor de var i tvivl om, hvorvidt de skulle håndtere situationen og havde behov for konsultation med en kollega, eller som minimum en tilbagemelding, for at skabe overblik over patienternes forløb ligesom ved somatiske problemstillinger.

Nævnte AP-læge havde imødekommet denne udfordring på anden vis og fortalte at de månedligt møder i praksissen, hvor de laver et fagligt indslag til kommunen. Én gang om året mødes de med kommunen, sammen med ’en palette af fagfolk’, hvor de anvender en specifik læringsmodel. I lægens seneste møde fulgte de en sårbar gravid kvinde, hvor de dykkede ned i en patient historie første gang, da barnet var nyfødt, og igen som 14 årig. Her havde de muligheden for at få indsigt i, hvordan de på et helt konkret plan, kunne involvere hvilke aktører, samt hvordan man som læge kunne aktivere de forskellige tilbud.

”Det var faktisk rigtig giveligt, jeg tror faktisk, at vi fik mere ud af det, end at sidde og høre et eller andet PowerPoint show om de forskellige tilbud. Det blev mere konkret og vi blev mere bevidste om, hvordan det ser ud fra den enkeltes side.” (AP-læge3)

Diskussion

AP-lægerne var enige om, at forløbet med psykisk sårbare børn og unge oftest var præget af lange ventetider og manglende feedback og information fra kommunen til AP. I kontrast hertil, blev kontakten og feedbacken mellem AP og BUP beskrevet som effektivt, dette dog først da udredning blev initieret efter måneder til års ventetid. AP-lægerne udtrykte, at denne ventetid yderligere kunne forsinkes, da visse henvisninger blev afvist. Lægerne var ydermere enige om, at graden af, hvor effektivt et forløb kunne være, var proportional med sværhedsgraden af psykopatologien. I forlængelse heraf blev AP-lægerne oftest mødt med svar som ’manglende ressourcer’ og oplevede, at der ikke var nok aktør til at dække mange af de hyppigste henvendelsesårsager. AP-lægerne fortalte, at dem med diffust defineret, dog tydelige problemer, havde længere vej til hjælp, hvilket placerede dem mellem to stole, hermed uklart, hvor AP-lægerne skulle placere disse. Ventetiden betød forlænget symptomvarighed hos børn og unge, hvilket også kunne påvirke familiedynamikken og skolegangen. AP-lægerne anerkendte, at rollen som tovholder og tillidsperson var essentielt for et mere sammenhængende forløb. Forløbsoversigten og initiering af nye indsatser blev beskrevet som en udfordring, da disse oftest var baseret udelukkende på mundtlig overlevering af forældrenes oplevelser, grundet manglende kommunikation på tværs af faggrupperne.

Resultaternes betydning

Der mangler fortsat en mere dybdegående viden om de organisatoriske problemstillinger, som AP-lægerne står overfor, i samarbejdet med psykisk sårbare børn og unge i Danmark. I litteraturen belyses det, at samarbejdet oftest er præget af lange ventetider og forsinkelser før udredning initieres, på trods af, at symptomerne var identificeret af forældrene flere år forud for dette (5). Studiet konkluderede, at de fleste familiers førstekontakt-aktør var skolevæsenet. På trods af dette, modtog BUP'en størstedelen af henvisningerne fra sundhedsvæsenet, primært almen praksis, hvor disse i tillæg hertil, var associeret med forudgående kort symptomvarighed. Der er flere faktorer der kunne tænkes at spille en rolle for lange ventetider og manglende overblik i familiernes forløb. AP-lægerne, i dette studie, udtrykte, at de oftest stod i en situation, hvor de efter henvisning til BUP fik at vide, at der grundet ressourcemangel og kapacitetsproblemer, var lange ventetider. AP-lægerne fortalte desuden, at deres henvisning, efter måneder til ét års ventetid, kunne afvises grundet forudgående krav om PPR-vurdering fra skolevæsenet. Denne PPR-vurdering blev beskrevet som værende udenfor lægernes rækkevide og medbestemmelse, og at dette krævede midlertidigt, at barnet eller den unge havde faglige vanskeligheder. Dette betød, at AP-lægerne oftest stod med ressourcestærke børn og unge, der havde svære daglige udfordringer, dog uden at det nødvendigvis viste sig fagligt i skolen. Dette placerede de unge 'mellem to stole', hvori der ikke var nogen tilbud at tilbyde. Et andet studie bekræfter ligeledes, at der var manglende tilbud til de situationer, hvor der var svære problemer uden at der nødvendigvis var røde flag (6). Studiet understregede, at dette kan stille lægerne i en tvivlsposition, hvilket kan betyde at sådanne tilfælde kan gå ubemærket hen, over længere periode af gangen. Dette bekræftes også af et andet studie, som udtrykte et behov for flere tilstrækkelige ressourcer, som kunne formindske ventetiden (5), hvilket er foreneligt med AP-lægernes erfaring, i dette studie. Aktuelle studiers fund understøtter nævnte studiers fund og indikerer, at mangel på ressourcer, manglende kommunikation og kompliceret samarbejde, på tværs af sektorerne, er medvirkende til de lange ventetider.

I lyset af ubemærkede situationer, er der studier der viser udfordring med korrekt opsporing af psykisk sårbare børn og unge og at det kan være uhåndgribeligt, da identificering oftest er en multifaktoriel problemstilling (5,6). Der udtrykkes især vigtighed ved, at de primære kontaktveje, fortrinsvist sundhedsvæsenet, primært almen praksis, og skolevæsenet, har de rette kompetencer til at identificere og kan støtte psykisk sårbare børn og unge, samt vide, hvornår der skal henvises til BUP (5). AP-lægerne udtrykte, i aktuelle studie, et lignende behov for, at kunne rådføre sig med en anden mere erfaren AP-læge eller fortrinsvist en speciallæge fra BUP ved tvivlstilfælde. Et andet studie viser, at opsporing også kan foregå indirekte gennem konsultationer med udfordrede forældre, hvor lægerne mistænkte, at der kunne være tale om et ubemærket psykisk sårbart barn derhjemme med behov for hjælp (8). Dette understøttes også i dette studie, hvor en AP-læge havde oplevet flere situationer, hvor lægen, grundet kendskab til familiehistorikken, kunne regne ud, at der var et ubemærket psykisk sårbart barn derhjemme med behov for hjælp.

Flere studier understreger desuden også vigtigheden af et tættere samarbejde på tværs af faggrupperne (5–7,9), hvilket også understøttes i dette studie. AP-lægerne anerkendte vigtigheden af deres tovholderfunktion og udtrykte hertil også et behov for yderligere opprioritering af kommunikationen på tværs, for at kunne imødekomme og støtte de psykisk sårbare børn og unge forløb mere effektivt.

Det bør dog påpeges, taget studiets forholdsvise eksplorative tilgang og omfang i betragtning, at bør der tages kraftigt forbehold for resultaternes betydning og sammenlignelighed med andre studier. Hermed kan det ikke udelukkes, at der havde været flere nuancer til problemstillingen, havde disse faktorer været anderledes. En fremadrettet løsning kunne være et mere omfattende studie af problemstillingen, samt yderligere studier med henblik på, at finde effektive løsninger.

Styrker og begrænsninger

Den projektansvarlige, AK, var ny i udforskning af kvalitative studier og manglede hermed også erfaring med interviewdisciplinen. Derfor er der risiko for, at AK har overset andre nuancer af emnet, hvilket kunne have en betydning for resultaternes udformning. Den manglende erfaring viste sig også i form af tekniske fejl gennem første interview, hvoraf de første 5 minutter af interviewet ikke blev optaget. Dette blev kompenseret med tilsendt skriftligt svar på to indledende spørgsmål af interviewet.

En styrkende faktor var valget af semistruktureret interviewdesign, som muliggjorde en løbende reevaluering af de indhentede data, hvilket skabte en åbenhed for nyttilkomne temaer, men også mulighed for fordybelse. Individuelle interviews tillod desuden fleksibilitet i forhold til dato, tid og sted, udover at det formindskede risikoen for COVID-19 smitte. Trods muligheden for fleksibilitet i interview, var rekrutteringen udfordret af invitationsafvisninger, primært med begrundelsen travlhed, sygemeldinger og underbemanning, som følge af pandemien. Enkelt AP-læge blev rekrutteret gennem vejleder-netværk af nævnte årsager.

På trods af forsøg på, at skabe maksimal variation, var det heller ikke muligt at medinddrage fra region Midtjylland og region Hovedstaden. Det var ej heller muligt, at få både AP-læger med landsby og by praksis med fra samme region. Hermed kan det ikke udelukkes, at der ville have været flere nuancer til problemstillingen og bedre variation i alder og køn, muligvis mere ligelig kønsfordeling, hvis disse var medinddraget.

Studiet kunne være tilgået med andre metoder, f.eks. fokusgruppeinterviews eller spørgeskema. Disse blev fravalgt med én ide om, at deltagerne ville være mere åbne, trygge og ærlige på tomandshånd, hvor spørgeskemaets manglende fleksibilitet og derved evne til at gå i dybden med eventuelle nyttilkomne aspekter, ikke ville blive belyst sufficient. De individuelle interviews tillader deltagerne tid og rum, til at erindre deres erfaringer og overvejelser, hvor fokusgruppeinterviews, kan blive overfladisk og desuden forhindre afvigende synspunkter. Fokusgruppeinterviews kræver desuden en erfaren aktiv moderater, en erfaring, som projektansvarlige ikke har. Ydermere ville gruppeinterviews være mere tidskrævende, grundet koordinering af flere AP-lægers skemaer omkring samme dato, hvilket ville være en større udfordring, som den projektansvarlige ikke ville kunne imødekomme, pga. tidsbegrænsning. Observationel tilgang kunne også være en mulighed, men metoden ville ikke give indsigt i deltagerenes tanker, hvilket kunne tilsløre de konkrete erfaringer og problemstillinger, som forekommer ved samarbejdet med psykisk sårbare børn og unge.

Konklusion

Det er svært at navigere i samarbejdet med psykisk sårbare børn og unge. Forløbene er oftest præget af lange ventetider før udredning. AP-lægerne ønsker at involveres og være tovholder, men udfordres oftest grundet mangel på tilbagemeldinger og tilbud. Der mangler hjælp til de unge, der ikke er akut syge, men som har tydelige problemer, der kræver hjælp. AP-Lægerne udtrykker hermed et behov for et opprioriteret samarbejde på tværs af faggrupperne til fordel for et mere sammenhængende patientforløb.

Referencer

1. Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (2021), Børn og unge med psykiatrisk debut, <https://benchmark.dk/Media/637550392299995206/Hovedrapport%20-%20Børn%20og%20unge%20med%20psykiatrisk%20debut.pdf>
2. Socialministeriet. (2020), Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser, <https://benchmark.dk/analyser/aeldre-og-sundhed/udviklingstendenser-i-forhold-til-boern-og-unge-med-psykiatriske-diagnoser>
3. Sundhedsstyrelsen. (2013). Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/vejledning-og-principper-for-udarbejdelse-af-praksisplaner-for-almen-praksis>
4. Sundhedsstyrelsen. (2019) Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2011/Vejledning-om-forebyggende-sundhedsydelse-til-boern-og-unge>
5. Hansen AS, Kjaersdam Telléus G, Færk E, Mohr-Jensen C, Lauritsen MB. Help-seeking pathways prior to referral to outpatient child and adolescent mental health services. *Clinical child psychology and psychiatry*; 2021, Vol. 26(2) 569-585
6. Merrild C, Frost L. Identifying signs of child neglect and abuse in general practice. *Danish Medical Journal* 2021;68(2):A05200396
7. Lykke K, Christensen P, Reventlow S. GPs' strategies in exploring the preschool child's wellbeing in the paediatric consultation. *BMC Family Practice*. 2013;14:177.
8. Hølge-Hazelton B, Tulinius C. Beyond the specific child. What is "a child's case" in general practice? *The British journal of general practice*. 2010;60(570):e4–9.
9. Roberts JH, Crosland A, Fulton J. "I think this is maybe our Achilles heel..." exploring GPs' responses to young people presenting with emotional distress in general practice: a qualitative study: Table 1. *BMJ Open*, 2013
10. Kirsti M., *Kvalitative Forskningsmetoder for medicin og helsefag* . 2018: Universitetsforlaget. 254
11. Den Nationale Videnskabetiske Komité. Vejledning om anmeldelse, indberetningspligt mv. (sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, 2014, lokaliseret den 19 september 2021 <https://www.nvk.dk/~media/NVK/Dokumenter/Vejledning-om-anmeldelse-6-januar-2014.pdf?la=da>
12. Datatilsynet, lokaliseret den 19 september 2021; <https://www.datatilsynet.dk/>