



Børn fra sårbare familier

*Samarbejde mellem Randers Kommune og Regionshospitalet
Randers om børn, som indlægges med uspecifikke, somatiske
sygdomme*

Susanne Reindahl Rasmussen
Henning Voss

Dansk Sundhedsinstitut
April 2009

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2009

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN: 978-87-7488-609-9 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

Nogle af de børn, der indlægges på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers med uspecifikke, somatiske sygdomme, skønnes ikke at være syge i somatisk forstand. For nogle af disse indlagte børn fortolker lægerne børnenes klager over fx ondt i maven som symptomer på hjemlige psykosociale problemer, som de ikke selv kan håndtere. Personalet på børneafdelingen bruger somme tider betegnelsen "sårbare familier" i relation til disse børn.

Randers Kommune og Regionshospitalet Randers har et fælles ønske om at forbedre det tværsektorielle samarbejde om disse børn og deres familier. Det har resulteret i det her rapporterede projekt, hvis formål har været at tilvejebringe og formidle viden om det nuværende tværsektorielle samarbejde om børn fra sårbare familier, hvor børnene indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme på børneafdelingen.

Projektet "Børn fra sårbare familier" er tilrettelagt og gennemført som et samarbejde mellem Dansk Sundhedsinstitut og en projektgruppe bestående af repræsentanter fra børneafdelingen og gynækologisk obstetrisk afdeling på Regionshospitalet Randers og i Randers Kommune fra Sundhedsplejen, Børn og familieafdelingen samt Randers Sundhedscenter.

Projektet omfatter to dele. Første del beskriver projektgruppens arbejde med at identificere og kvantificere børn med somatisk, uspecifikke sygdomme. Derudover foreslås en karakteristik af sårbare familier med henblik på at kunne lette kommunens forebyggende indsats samt det tværsektorielle samarbejde om disse familier.

Anden del beskriver en række forslag til styrkelse af det tværsektorielle samarbejde om børn fra sårbare familier. Disse forslag til styrkelse og forbedring af det tværsektorielle omfatter også konkrete handlingsmuligheder, som blandt andet kom frem på en stor workshop med deltagere fra hospital, kommune og almen praksis.

Projektet er finansieret af Randers Kommune, Region Midtjylland og Dansk Sundhedsinstitut. Jeg har selv forestået internt review og kvalitetssikring af denne udgivelse.

DSI ønsker at takke alle, der har medvirket i projektet, for et stort engagement og et godt samarbejde.

Jes Søgaard
Direktør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Sammenfatning	7
1. Baggrund	9
2. Formål	11
3. Afgrænsning	12
4. Projektets tilrettelæggelse	12
5. Data og metoder	13
Del I – Et billede af børnene og deres familier	16
6. Resultater	16
7. Diskussion	20
Del II – Udvikling af det tværsektorielle samarbejde	21
8. Indledning	21
9. Formål	22
10. Metode	22
11. Resultater	23
12. Opsummering af analysen	38
Bilag 1 – Projektgruppen	40
Bilag 2 – Uddrag fra serviceloven vedrørende underretning	41
Bilag 3 – Bekendtgørelse 1336 af 30. november 2007	42
Bilag 4 – Opmærksomhedspunkter i forhold til sårbare familier	43
Bilag 5 – Forslag vedrørende stormøder	44

Sammenfatning

Baggrund

Nogle af de børn, der indlægges på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers, skønnes ikke at være syge i somatisk forstand. I forbindelse med en del af indlæggelserne bliver det konstateret, at børnenes symptomer i form af eksempelvis ondt i maven eller afføringsbesvær er grundet i hjemlige psykosociale problemer, som de ikke selv kan håndtere. Der kan ofte være tegn på, at de kommer fra det, personalet på børneafdelingen omtaler som "sårbare familier".

I Randers Kommune og på Regionshospitalet Randers har man et fælles ønske om at bedre det tværsektorielle samarbejde om disse børn og deres familier. Det har resulteret i, at Randers Kommune (Sundhedsplejen og Børn og familieafdelingen) og Regionshospitalet Randers (børneafdelingen og gynækologisk obstetrisk afdeling) er indgået i et fælles projekt under Region Midtjyllands samarbejdsaftale med Dansk Sundhedsinstitut (DSI), hvor fokus for projektet er forbedring af den fælles indsats over for børn fra sårbare familier.

Formål

Formålet med projektet har været at tilvejebringe og formidle viden om det nuværende tværsektorielle samarbejde om disse børn fra sårbare familier, hvor børnene indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme på børneafdelingen, for derved at kunne initiere en proces der leder frem til en forbedret tværsektoriel indsats.

Projektets tilrettelæggelse

Projektet har været inddelt i to faser:

Første fase omfatter projektgruppens samarbejde om at få afgrænset og opnå en fælles forståelse af "uspecifikke, somatiske sygdomme". Herunder et forsøg på at identificere og opgøre antal børn, der indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, antal underretninger etc. Derudover indgår der også indsamling af informationer om de sårbare familier med henblik på at kunne give en karakteristik af dem, således at det vil kunne lette kommunens forebyggende arbejde.

Anden fase omfatter en proces med udarbejdelse af cases som et udtryk for, hvordan samarbejdet om børn fra sårbare familier, hvor børnene indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, foregår på tværs af sektorerne. Herefter er der afholdt en workshop med henblik på at kvalificere det fremtidige samarbejde med disse børn.

Som en direkte følge af at det var yderst vanskeligt at få identificeret et passende antal børn med uspecifikke, somatiske sygdomme, har afrapporteringen af fase 1 fået et mindre omfang end tilsigtet. Hovedvægten i rapporten er således lagt på fase 2. Til forståelse af vanskelighederne ved at identificere børnene fra sårbare familier, som indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, skal det nævnes, at det ikke er muligt at identificere disse børn på basis af den nuværende registreringspraksis.

Metode og resultater

I rapportens første del beskrives det, hvorledes man i projektgruppen har søgt at identificere børn med somatiske, uspecifikke sygdomme, som har været indlagt i 2007 på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers. Dette har været med henblik på dels at kunne opgøre antallet af indlæggelser, og dels at kunne foretage en karakteristik af sårbare familier hvor barnet har været indlagt med en soma-

tisk, uspecifik sygdom, således at den kommunale forebyggende indsats og det tværsektorielle samarbejde om disse familier kan bedres.

For denne del af projektet kan det desværre konstateres, at det ikke har været muligt at foretage en entydig afgrænsning af diagnoser, inden for hvilke der forekommer en del børn, der har været indlagt med uspecifikke, somatiske sygdomme.

På basis af kørsler i Landspatientregisteret på syv udvalgte diagnoser og efterfølgende journalgen-nemgang – hvor der blev anvendt 13 indikatorer til brug for afgrænsning af uspecifikke, somatiske sygdomme – blev der identificeret 14 børn i alderen 1-15 år. Der kan imidlertid sagtens være flere børn fra Randers Kommune, som i løbet af 2007 har været indlagt med en uspecifik, somatisk sygdom på børneafdelingen, Regionshospitalet Randers – men det vurderes, at de da er at finde inden for andre diagnoser. Omfanget heraf kan ikke vurderes.

Antallet af identificerede børn, der har været indlagt med en uspecifik, somatisk sygdom, er så lille, at det ikke er muligt at generalisere fra denne gruppe af børn og familier. Det kan dog konstateres, at ni ud af de 14 børn allerede var kendte i Børn og familieafdeling. For et par stykker af børnene havde familien i forbindelse med graviditeten allerede fået et specielt tilbud hos jordemødrene, og et par af dem havde fået ekstra besøg af den kommunale sundhedspleje. Herudover kan det også konstateres, at børneafdelingen kun havde oplysninger om forældrenes sociale baggrund (erhverv, uddannelse/arbejde) for under halvdelen af børnene, og i en del tilfælde var forældrenes alder ikke kendt. Børn og familieafdelingen havde lidt flere oplysninger herom end børneafdelingen.

Det skal dog også bemærkes, at til trods for at der blev identificeret så forholdsvis få børn med uspecifikke, somatiske sygdomme, så har denne del af projektarbejdet gjort det muligt at *"tegne" et så realistisk billede af børnene og deres familier*, at det har kunnet danne grundlag for projektgruppens videre arbejde med at beskrive det nuværende tværsektorielle samarbejde.

I rapportens anden del diskuteres det, hvordan det tværsektorielle samarbejde om børn fra sårbare familier kan styrkes. Hovedkilden til denne diskussion er input fra en stor workshop, der blev afholdt i december 2008, hvor dette tema blev diskuteret blandt 50 deltagere fra hospital, kommune og almen praksis. Et af workshoppenes resultater var en enighed om, at sundhedspersonalet bør udvise mindre tilbageholdenhed med at foretage underretning til Børn og familieafdelingen om sårbare gravide og børn, der har været indlagt med en uspecifik, somatisk sygdom. På workshoppen peges der på en række mulige årsager til denne tilbageholdenhed, der til en vis grad udvises i dag. Én af grundene er, at det opleves som værende konfliktfyldt at tale med familien om, at der vil blive foretaget en underretning. På workshoppen blev der derudover udtrykt tvivl om, hvorvidt Børn og familieafdelingen altid handler på de indkomne underretninger. Uanset om denne tvivl er berettiget, kan den få personalet til at undlade at foretage underretninger.

I rapportens anden del ser vi også på sundhedsplejerskernes ønske om hurtigere at blive informeret, når hospitalet eller almen praksis har en bekymring for et barn eller en gravid. Når parterne skal kommunikere med hinanden, kan det foregå telefonisk, skriftligt eller via møder. Vi gennemgår styrker og svagheder ved disse kommunikationsformer, og diskuterer hvordan man bør skrive en god underretning og kommer med forslag til, hvordan man kan afholde et godt stormøde. Endeligt diskuteres det, hvordan samarbejdspartnerne kan blive bedre til at koordinere forskellige støttende foranstaltninger overfor familier, der allerede er identificeret som sårbare.

I rapportens anden halvdel er der en lang række forslag til handlemuligheder, der sigter på at forbedre samarbejdet på ovennævnte områder. Der peges til sidst i rapporten på, at man kan overveje at igangsætte et tværsektorielt udviklingsprojekt, der skal arbejde videre med konkretisering og implementering af disse forslag.

Konklusion

Der er på basis af syv diagnoser blevet identificeret 14 børn, som i 2007 har været indlagt med en uspecifik, somatisk sygdom på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers. Der kan imidlertid sagtens være flere børn, men antallet kan ikke bestemmes nærmere og dermed heller ikke gøres til genstand for en nærmere vurdering.

I flere tilfælde har disse børn og deres sårbare familier allerede fået særlige tilbud i forbindelse med graviditeten på gynækologisk obstetrisk afdeling på Regionshospitalet Randers og i den kommunale sundhedspleje samtidig med, at Børn og familieafdelingen har kendskab til ni ud af de 14 børn.

Til trods for, at der blev identificeret så forholdsvis få børn med uspecifikke, somatiske sygdomme, så har det alligevel været muligt at "tegne" et så realistisk billede af børnene og deres familier, at det har kunnet danne grundlag for projektgruppens videre arbejde med at beskrive og diskutere det tværsektorielle samarbejde om børn fra sårbare familier.

På workshopen blev der foreslået en række initiativer, der sigter på at forbedre det tværsektorielle samarbejde om børn fra sårbare familier. Disse initiativer gennemgås i Del II af denne rapport og er opsummeret i Tabel 6 på side 38. Et af de foreslåede initiativer er, at parterne gennem tværsektorielle temadage og workshops øger kendskabet til og forståelsen for hinandens arbejde. Det foreslås derudover, at parterne i fællesskab udarbejder en række vejledninger – herunder hvorledes der skrives underretninger.

Perspektivering

Idet det har vist sig vanskeligt at få afgrænset og identificeret det faktiske antal børn, som indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, gives der i rapporten forslag til, at hospitalet og kommunen arbejder videre med at udvikle registreringspraksis på dette område. Det kan fx indbefatte udarbejdelse af sociale anamneser (til journalerne), som omfatter en række af de psykosociale indikatorer, som har været anvendt i arbejdet med at afgrænse børn fra sårbare familier. Det kan endvidere overvejes, om det af hospitalets epikriser altid bør fremgå, når der har været afholdt stormøde og/eller er foretaget en underretning. Endelig foreslås det, at muligheden for at rette henvendelse til Sundhedsstyrelsen med henblik på at få oprettet en SKS-kode for "underretning" overvejes. En sådan oprettelse vil gøre det muligt at foretage kørsler herpå i Landspatientregisteret.

Afslutningsvist anbefales det, at der i en tværsektoriel udviklingsgruppe arbejdes videre med de foreslåede initiativer, der sigter på et forbedret samarbejde. Formålet med udviklingsgruppens arbejde er at konkretisere og implementere de fremkomne forslag.

1. Baggrund

Nogle af de børn, der indlægges på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers, er ikke syge i somatisk forstand. I forbindelse med indlæggelserne bliver det ofte konstateret, at børnenes symptomer i form af eksempelvis ondt i maven eller afføringsbesvær er grundet i hjemlige psykosociale problemer, som de ikke selv kan håndtere.

Hos børn, der indlægges på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers med uspecifikke, somatiske sygdomme, hvor der under indlæggelsen ikke kan findes en somatisk/medicinsk begrundelse for indlæggelsen, kan der ofte være tegn på, at de kommer fra det, personalet på børneafdelingen omtaler som "sårbare familier".

Det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen om disse børn og deres familier afhænger af omstændighederne. På gynækologisk obstetrisk afdeling (omfatter jordemodercentret og fødeafdelingen) er det muligt allerede i graviditeten at give en styrket indsats – i form af fx ekstra konsultationer – til sårbare familier: Gravide med misbrugsproblemer og/eller psykisk sygdom, dårlig begavelse samt gravide hvis forældreevne af andre årsager vurderes at være nedsat¹, mens der i Sundhedsplejen er mulighed for at tildele familier med særlige behov ekstra besøg. I nogle tilfælde retter personalet fra børneafdelingen og gynækologisk obstetrisk afdeling henvendelse til Børn og familieafdelingen i Randers Kommune og orienterer om barnets og den sårbare families hospitalskontakt. Til andre tider indkalder børneafdelingen til tværsektorielle møder (omtales på børneafdelingen som stormøder) med deltagelse af den sårbare familie. Endelig foretager sundhedspersonalet på hospitalet undertiden i medfør af Servicelovens § 153 en underretning til kommunen, når det får kendskab til eller formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har brug for særlig støtte². Erfaringen fra både hospitalets og kommunens side er, at en underretning ofte bidrager til igangsættelse af en positiv udvikling for de sårbare familier. Det er imidlertid et fælles ønske, at den forebyggende indsats og kommunikationen om børn fra sårbare familier bedres.

I sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og Randers Kommune, der blev vedtaget i 2007, er det aftalt, at Randers Kommune og Regionshospitalet Randers sætter gang i et fælles initiativ for en sammenhængende indsats på børneområdet. Randers Kommune (RK) og Regionshospitalet Randers (RHR) har således udtrykt ønske om at indgå i et fælles projekt under Region Midtjyllands samarbejdsaftale med Dansk Sundhedsinstitut (DSI), hvor fokus for projektet er forbedring af den fælles indsats over for børn fra sårbare familier.

Det primære mål med dette projekt er således at opnå et bedre samarbejde mellem Regionshospitalet Randers og Randers Kommune om børn fra sårbare familier, som indlægges på børneafdelingen med uspecifikke, somatiske sygdomme. Mens den helt overordnede målsætning for den fremtidige tværsektorielle indsats er at forbedre kommunens forebyggelsesindsats, så antallet af børn, der indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme på børneafdelingen, mindskes. Der gøres opmærksom på, at børn, der indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, ikke nødvendigvis kommer fra sårbare familier, og omvendt gør det sig også gældende, at børn fra sårbare familier ikke nødvendigvis indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme på børneafdelingen. I den efterfølgende del af rapporten vil de børn, der indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme for nemheds skyld blive omtalt som "børn fra sårbare familier".

For at kunne målrette og forbedre indsatsen til de sårbare familier er det en forudsætning, at der inden for rammerne af dette projekt opnås en fælles forståelse af, hvornår der er tale om indlæggelse af børn med uspecifikke, somatiske sygdomme, og hvad der karakteriserer de sårbare familier, hvor børnene indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme. Der findes så vidt vides ingen fælles dansk begrebsforklaring af sårbare familier, hvorfor der i Randers Kommune heller ikke er viden om, hvad der karakteriserer disse familier. Dette vanskeliggør selvsagt kommunens arbejde med at udøve en målrettet og forebyggende indsats. Der er ej heller viden om problemets omfang. Eksempelvis er antallet af indlæggelser og genindlæggelser af børn med uspecifikke, somatiske sygdomme fra Randers Kommune ikke kendt. I hvilket omfang kommunens Børn og familieafdeling allerede har kendskab til de familier, hvor børnene indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, vides heller ikke. Herudover er der behov for at få beskrevet det tværsektorielle samarbejde om børn fra sårbare familier for fokuseret at kunne forbedre samarbejdet.

¹ Disse gravide betegnes efterfølgende "sårbar gravide".

² Jf. http://www.social.dk/ministeriets_omraader/boern_unge_og_familie/Saerlig_stoette/underretningspligt.html

2. Formål

Formålet med dette projekt om børn fra sårbare familier er at tilvejebringe og formidle viden om det nuværende tværsektorielle samarbejde om børn, der indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers for derved at kunne initiere en proces, der leder frem til en forbedret tværsektoriel indsats målrettet børn fra sårbare familier.

Dette muliggøres ved en indledende begrebsafklaring af, hvornår der er tale om indlæggelse af børn med uspecifikke, somatiske sygdomme, således at der kan i) foretages en identifikation (og om muligt en opgørelse af antallet), ii) udarbejdes en karakteristik af de sårbare familier, hvor børnene indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, og iii) foretages en beskrivelse af det nuværende samarbejde med henblik på at give forslag til forbedringer.

Mere detaljeret har der været følgende delformål i projektet:

Begrebsafklaring

1. At få afgrænset hvad der forstås ved uspecifikke, somatiske indlæggelser, således at Randers Kommune og Regionshospitalet Randers har en fælles forståelse heraf.

Opgørelse

2. At undersøge hvor mange børn fra Randers Kommune der i 2007 blev indlagt på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers med uspecifikke, somatiske sygdomme.
3. At undersøge antallet af tidligere indlæggelser blandt børn fra Randers Kommune, der har været indlagt med uspecifikke, somatiske sygdomme på børneafdelingen i 2007.

Karakteristik

4. At udarbejde en karakteristik af de børn og deres familier hvor børnene indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme mht. eksempelvis alder (børn og forældre), køn, aktions- og biddiagnoser, indlæggelseslængde, indlæggelsesmåde (vagtlæge eller egen læge), bopælsadresse og socioøkonomiske forhold).

Samarbejde

5. At beskrive det nuværende samarbejde mellem Randers Kommune (Sundhedsplejen samt Børn og familieafdelingen) og Regionshospitalet Randers (børneafdelingen og gynækologisk obstetrisk afdeling) om børn med uspecifikke, somatiske sygdomme.
6. At opgøre hvor mange af de indlagte børn med uspecifikke, somatiske sygdomme børneafdelingen i 2007 har rettet henvendelse om henholdsvis indgivet underretning om til Randers Kommune.
7. At undersøge hvor mange af de børn fra sårbare familier der inden kontakten med hospitalet allerede har været i kontakt med Børn og familieafdelingen i Randers Kommune.
8. At undersøge hvor mange af de sårbare familier, hvis børn indlægges med uspecifikke somatiske diagnoser på børneafdelingen, der under mødrenes graviditet fik tilbud om en særlig indsats.
9. At diskutere om og i givet fald hvordan samarbejdet i fremtiden kan styrkes. Herunder vil det blive inddraget, hvorvidt hospitalet bør øge kontakten til kommunen.

3. Afgrænsning

Undersøgelsen omfatter en udredning af børn fra Randers Kommune, der indlægges på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers med uspecifikke, somatiske sygdomme. Børn, der er bosiddende uden for Randers Kommune eller indlægges på andre af Regionshospitalets afdelinger end børneafdelingen, medtages ikke i dette projekt. Børn med specifikke somatiske diagnoser medtages heller ikke. Herudover foretages der en aldersafgrænsning i forhold til alder. Projektet omfatter 0-15-årige børn og unge.

Til grund for projektet ligger dels registerdata (journaloplysninger mv.) og dels input fra sundhedspersonale på hospitalet og i kommunen. Forældre og børn fra de sårbare familier anvendes derimod ikke som informanter i nærværende projekt. Dette fravalg skyldes nogle væsentlige etiske problemstillinger i den forbindelse. Herudover er der foretaget en afgrænsning af projektet under hensyntagen til de økonomiske rammer.

4. Projektets tilrettelæggelse

Projektet er tilrettelagt i et samarbejde mellem DSI og en projektgruppe bestående af repræsentanter fra børneafdelingen og gynækologisk obstetrisk afdeling på Regionshospitalet Randers og i Randers Kommune fra Sundhedsplejen, Børn og familieafdelingen samt Randers Sundhedscenter. Projektgruppens medlemmer fremgår af Bilag 1, hvoraf det ses, at der har været en del udskiftning af projektgruppemedlemmer undervejs i projektet.

Randers Kommune og Regionshospitalet har bidraget til projektet ved at stille data til rådighed og at foretage opgørelser baseret på forskellige former for registreringer (journaler mv.) efter anvisning fra DSI. Herudover har projektgruppens medlemmer deltaget i projektgruppemøderne samt indgået i koordineringen og udviklingen af projektet. Endelig har Randers Kommune varetaget det praktiske arbejde i relation til afholdelsen af en workshop.

Efter aftale mellem Region Midtjylland, Randers Kommune og DSI er projektet gennemført som et forløb, hvor hovedvægten er blevet lagt på en proces, der gennem dialog og etablering af en fælles forståelse af data (eller manglen på samme) og udfordringer danner grundlag for, at regionshospital og kommune kan forbedre samarbejdet om børn fra sårbare familier.

Projektet har været inddelt i to faser:

Første fase omfatter projektgruppens samarbejde om at få afgrænset og opnå en fælles forståelse af "uspecifikke, somatiske sygdomme". Herunder har det været forsøgt at identificere og opgøre antal børn, der indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, antal underretninger etc. Derudover indgår der også indsamling af informationer om de sårbare familier med henblik på at kunne give en karakteristik af dem, således at det kan lette kommunens forebyggende arbejde.

Anden fase omfatter en proces med udarbejdelse af cases som et udtryk for, hvordan samarbejdet om børn fra sårbare familier, hvor børnene indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, foregår på tværs af sektorerne. Herefter er der afholdt en workshop med henblik på at kvalificere det fremtidige arbejde med disse børn og deres familier.

Med denne afrapportering – som også falder i to dele – til Randers Kommune og Region Midtjylland er projektet afsluttet. Hovedvægten i afrapporteringen er blevet lagt på anden fase af projektet (Del II). En direkte følge af, at det var yderst vanskeligt at få identificeret et passende antal børn med uspeci-

fikke, somatiske sygdomme (helst 20-25), har ført til, at afrapporteringen af første fase (Del I) har fået et mindre omfang end tilsigtet. Til forståelse heraf skal det bemærkes, at der ikke er viden om inden for hvilke diagnoser, der er et stort antal indlæggelser af børn med uspecifikke, somatiske sygdomme. Herudover har den hidtidige registreringspraksis på børneafdelingen ikke omfattet registreringer af fx afholdelse af stormøder eller underretninger til kommunerne. Det har betydet, at børnene ikke har kunnet identificeres herudfra.

5. Data og metoder

Projektet er gennemført som en undersøgelse, hvor der både er søgt anvendelse af en kvantitativ og en kvalitativ tilgang. Den kvantitative undersøgelse er baseret på Regionshospitalet Randers og Randers Kommunes registerdata og/eller journaler på individniveau for 2007. I den kvalitative del af undersøgelsen indgår oplysninger fra interview af personale fra henholdsvis Randers Kommune og Regionshospitalet Randers samt deltagerindlæg i forbindelse med en afholdt workshop.

Projektet er anmeldt til Datatilsynet, og der er herfra givet tilladelse til, at der på basis af hospitalernes journaloplysninger om børn fra sårbare familier indhentes oplysninger fra de øvrige samarbejdspartnere i forhold til deres kendskab til disse børn og deres familier (relateret til forudgående behandlingsmæssig kontakt med familierne + oplysninger om uddannelse og socioøkonomiske forhold).

Fase 1

Indledningsvis afholdt DSI et projektgruppemøde med det overordnede sigte at få en fælles forståelsesramme af uspecifikke, somatiske sygdomme. I den forbindelse var der to væsentlige (sideløbende) opgaver:

1. At få afgrænset hvilke aktions- og eventuelle bidiagnoser inden for hvilke der kunne forventes at forekomme børn med uspecifikke, somatiske sygdomme. Disse skulle danne udgangspunkt for de efterfølgende kørsler i Landspatientregisteret (LPR).
2. På baggrund af gennemgangen af konkrete cases at få afklaret hvilke indikatorer der efter projektgruppens opfattelse kunne medvirke til at få identificeret børn, der havde været indlagt med en uspecifik, somatisk sygdom.

Ad 1. Afgrænsning af aktionsdiagnoser

Det blev dog hurtigt klart for projektgruppen, at det ikke var så enkelt at få kvantificeret antallet af indlagte børn med uspecifikke, somatiske sygdomme. Det viste sig ikke at være så entydigt som forventet at få afgrænset de diagnoser, der omfattede en del børn med uspecifikke, somatiske sygdomme. I projektgruppen besluttede man derfor at stille sig tilfreds med at udvælge et for børneafdelingen overkommeligt antal aktionsdiagnoser i forhold til antallet af journaler, der efterfølgende skulle gennemgås med henblik på en vurdering af, om der var tale om en indlæggelse, der ikke var somatisk/medicinsk begrundet – jf. de af projektgruppen udvalgte indikatorer (Skema 1). Det har imidlertid betydet, at det ikke har været muligt at opgøre antallet af indlæggelser af børn med uspecifikke, somatiske sygdomme. Et alternativ hertil kunne have været at gennemgå *alle* indlagte børns journaler for 2007, men dette fravalgte projektgruppen, idet det ikke var en reel mulighed af ressourcemæssige grunde.

Der var ved projektstart en forventning om, at børn med uspecifikke, somatiske sygdomme ville være at finde blandt:

- ♦ Børn med anoreksi
- ♦ Børn, der spiser for meget
- ♦ Børn med dårlig trivsel
- ♦ Børn med forstoppelse
- ♦ Børn, der er dehydrerede
- ♦ Børn med vægttab.

En hurtig gennemgang af epikriserne viste imidlertid, at der ikke var indikationer heraf.

Tabel 1 viser de syv aktionsdiagnoser, som børneafdelingen endte med at undersøge nærmere, idet den vurderede, at de kunne omfatte en del af de børn, der indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme.

Tabel 1. Udvalgte diagnoser med henblik på at få afgrænset børn, der indlægges med specifikke, somatiske sygdomme på Regionshospitalet Randers. 2007.

Aktionsdiagnose	ICD10 kode
Børn med mavepine	R108
Børn med hovedpine	R519
Uspecifikke symptomer karakteristiske for børn	R681
Børn med forgiftning (paracetamol)	T390
Observation for uspecifik sygdom	Z039
Astma uden specifikation	J459
Lungebetændelse uden specifikation	J189

Ad 2. Udvælgelse af indikatorer

Der er viden om, at både sociale og økonomiske rammer spiller en rolle for, hvordan børn og unge udvikler sig. Indikatorerne i dette projekt skulle være operationelle, dvs. at det helst skulle være muligt at finde dem i epikriserne/den sociale anamnese – i fald at dette ikke var muligt da i journalerne. På baggrund af en fælles gennemgang i projektgruppen af epikriser fra ti tidligere indlagte børn (inden for de syv udvalgte aktionsdiagnoser) – suppleret med oplysninger fra journalerne, blev der udarbejdet 13 indikatorer, der skulle anvendes i det videre arbejde med identifikationen af børn fra sårbare familier, hvor børnene var blevet indlagt med uspecifikke, somatiske sygdomme. Indikatorerne kan inddeles i to typer: Tre af indikatorerne relaterer sig direkte til, at der ikke kan findes en somatisk/medicinsk begrundelse for indlæggelsen, mens de øvrige er af mere psykosocial art, se Skema 1.

Skema 1. Indikatorer til brug for afgrænsning af børn, der indlægges med en uspecifik, somatisk sygdom, hvor der under indlæggelsen ikke kan findes en somatisk/medicinsk begrundelse for indlæggelsen.

Ingen tegn på somatisk/medicinsk begrundelse for indlæggelse:

- o Medicinsk behandling er ikke nødvendig – men det er dog ikke sådan, at ifald børnene får medicinsk behandling, så falder de automatisk uden for målgruppen.
- o Eventuelle undersøgelser er normale.
- o Akut indlæggelse som virker ubegrundet, indlæggelsen kan evt. være forudgået af mange tidligere indlæggelser.

Psykosociale indikatorer:

- o Børneafdelingens psykolog har været i kontakt med barnet/familien.
- o Forældre har søgt hjælp (fx psykologhjælp).
- o Der har været en familiekonsulent i hjemmet.
- o Konflikter i hjemmet (forældrene skændes meget indbyrdes/forældre skændes meget med barnet).
- o Der er alkohol- og/eller andre misbrugsproblemer i hjemmet.
- o Alene forældre.
- o Mere end to børn.
- o Skiftende samlevende/partnere.
- o Der har været forsøgt selvmord.
- o Der er foretaget en underretning til Randers Kommune.

Med henblik på at identificere en eller flere af indikatorerne foretog oversygeplejersken på børneafdelingen, som i øvrigt også var medlem af projektgruppen, en gennemlæsning af epikriserne og supplerede om nødvendigt med læsning og gennemgang af journalerne (med fokus på den sociale anamnese). På basis heraf foretog hun en samlet faglig afvejning af, om der var tale om et barn, der havde været indlagt med en uspecifik, somatisk sygdom.

I forbindelse med journalgennemgangen blev der foretaget en registrering af, hvilke indikatorer der var til stede hos det enkelte barn. Herudover blev det søgt at udarbejde en karakteristik af børnene og deres familier mht. alder (både børn og forældre), køn, diagnose, indlæggelseslængde, indlæggelsesmåde (vagtlæge eller egen læge) og oplysninger om erhverv, uddannelse og arbejde.

Efterfølgende blev det undersøgt i hvilket omfang Børn og familieafdelingen henholdsvis gynækologisk obstetrisk afdeling og den kommunale sundhedspleje allerede havde haft kendskab og kontakt til disse familier.

Fase 2

Det blev besluttet i projektgruppen, at beskrivelsen af det nuværende samarbejde om børnene, der indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, skulle ske gennem casebeskrivelser.

På basis af interview med ledere på børneafdelingen og gynækologisk obstetrisk afdeling på Regionshospitalet Randers samt ledere af henholdsvis Børn og familieafdelingen og Sundhedsplejen blev der således udarbejdet en række cases, der på forskellig vis afspejler sider af samarbejdet. Casene blev anvendt på den af projektgruppen planlagte workshop. Formålet hermed var at give workshopdelta-

gerne et konkret grundlag for drøftelse af styrker og svagheder ved det nuværende samarbejde med henblik på at fremkomme med forslag til forbedringer.

Denne del af projektet vil blive afrapporteret i et særskilt afsnit af rapporten (Del II).

Del I – Et billede af børnene og deres familier

6. Resultater

Ved gennemgang af 55 epikriser og journaler inden for syv udvalgte diagnoser, blev det vurderet, at der i 2007 havde været indlagt 14 børn med en uspecifik, somatisk sygdom, hvor der under indlæggelsen ikke blev fundet en somatisk/medicinsk begrundelse for indlæggelsen.

I de følgende afsnit vil der blive lavet en deskriptiv beskrivelse af børnene og deres familier. Denne skal imidlertid læses med et vist forbehold. Idet der er tale om forholdsvis få børn, kan der ikke generaliseres til hele gruppen af børn fra sårbare familier. Beskrivelsen vil dermed også blive ganske kortfattet, idet der ikke er datagrundlag for store udredninger.

Dette resultatafsnit vil således være en samlet opgørelse af det sparsomme kvantitative datamateriale, der relaterer sig til delformålene:

- ◆ Opgørelse (delformål 2 og 3 (antal børn og antal tidligere indlæggelser)).
- ◆ Karakteristik (delformål 4 (karakteristik af børnene og deres familier)).
- ◆ Samarbejde (delformål 6, 7 og 8 (antal underretninger, kommunens kendskab til familierne og omfanget af jordemødrenes særlige tilbud under graviditeten)).

Indikatorer

Børneafdelingen

Der har været udvalgt 13 indikatorer til brug for afgrænsning af børn, der indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme, hvor det vurderes, at børnene kommer fra sårbare familier. I Tabel 2 (side 19) er der en oversigt, hvoraf sammenhængen mellem diagnoser og indikatorer fremgår.

I gennemsnit "falder børnene ud med" fem af de 13 mulige indikatorer. Børnene med medicinforgiftning har overordnet set flest indikatorer (5-11), fx er der for alle disse børn foretaget underretning til Børn og familieafdelingen.

Når der ses bort fra to af indikatorerne ("underretning" og "selvmord") er de tre vigtigste indikatorer, som "falder ud" hos mere end halvdelen af børnene:

- ◆ "Medicinsk behandling ikke nødvendig" (er fundet i 11 tilfælde)
- ◆ "Eventuelle undersøgelser er normale" (er fundet i ni tilfælde)
- ◆ "Er kommet i kontakt med børneafdelingens psykolog" (er fundet i otte tilfælde)

De indikatorer, som synes at have mindst betydning i forhold til afgrænsning af børn fra sårbare familier, som har været indlagt med uspecifikke, somatiske indlæggelser, er:

- ◆ "Ubegrundet akut indlæggelse" (er kun fundet i to tilfælde)
- ◆ "I kontakt med familiekonsulent" (er kun fundet i et tilfælde)

- ♦ "Misbrug i familien" (er kun fundet i et tilfælde)
- ♦ "Skiftende samlevende" (er kun fundet i to tilfælde)

At der gennemsnitlig er fem indikatorer per barn tages som udtryk for, at der er tale om børn fra sårbare familier, der har været indlagt med uspecifikke, somatiske sygdomme.

Børn og familieafdelingen

Det er også undersøgt, om familieafdelingen har den samme viden som børneafdelingen i forhold til de psykosociale indikatorer³. Der ses at være forholdsvis god overensstemmelse. Personalet i kommunens familieafdeling har imidlertid i højere grad end personalet på børneafdelingen viden om, i hvilken udstrækning familierne har søgt hjælp/er i kontakt med en familiekonsulent.

Børneafdelingens oplysninger

Tabel 3 (side 19) er en oversigt over forhold, der vedrører børnenes indlæggelse og børneafdelingens kommunikation med Børn og familieafdelingen. På denne og den efterfølgende side 18 er der en kortfattet beskrivelse af de til Tabel 3 hørende oplysninger.

Diagnoser

Der er i alt identificeret 14 børn inden for de syv udvalgte diagnoser: Fem drenge og ni piger i alderen to måneder-14 år.

Alle børn med mavepine og medicinforgiftning (paracetamol) er piger (i alt ni stk.). Pigerne med medicinforgiftning og en af dem med mavepine er i alderen 12-14 år.

Indlæggelse

Halvdelen af de 14 børn er blevet indlagt af egen læge, mens vagtlægen har indlagt fire af børnene, skadestuen to børn, og et barn er indlagt efter aftale med afdelingens overlæge.

Indlæggelsestiden

Indlæggelsestiden varierer mellem diagnoserne; børnene med medicinforgiftninger har gennemgående det mindste antal indlæggelsesdage (1-5 dage), mens de øvrige indlæggelser er jævnt fordelt på 3-14 dage.

Tidligere indlæggelser

De fleste af børnene har været indlagt tidligere. For et par af de små børn gør det sig endda gældende, at de har været indlagt indtil flere gange:

Seks af de otte børn har været indlagt tidligere. To børn med luftvejssygdomme på 18 måneder henholdsvis tre år har været indlagt otte henholdsvis ni gange. Mens en 13-årig pige med mavepine har været indlagt tre gange tidligere. De øvrige tre børn har hver især kun været indlagt én gang tidligere.

Underretninger og stormøder

Børneafdelingen har i 2007 i alt foretaget 49 underretninger til Børn og familieafdelingen. Dette antal var i 2008 steget til 73 underretninger, hvilket vurderes at være en effekt af den øgede opmærksom-

³ Følgende psykosociale indikatorer indgår ikke: "Børneafdelingens psykolog har været i kontakt med barnet / familien" og "Der er foretaget underretning til kommunen".

hed på dette felt i løbet af projektperioden, snarere end at det er udtryk for et stigende antal børn, hvor der er behov for underretninger.

I 2008 modtog Børn og familieafdelingen ca. 900 underretninger; antallet har ikke tidligere været opgjort, så antallet er baseret på et skøn. Opfattelsen er imidlertid ifølge chefen for Børn og familieafdelingen, at antallet af underretninger generelt har været stigende i de senere år – ikke kun fra børneafdelingen på Regionshospitalet Randers.

Blandt de 14 børn, der indgår i denne undersøgelse, er der tidligere foretaget underretning til kommunen for de to børn, der har været indlagt for luftvejssygdomme uden specifikation. I forbindelse med den nuværende indlæggelse (2007) er der foretaget ni underretninger til Randers Kommune og indkaldt til stormøde for otte af børnene. Det er kun i to tilfælde, at der hverken er afholdt stormøde eller foretaget en underretning (to børn der har uspecifikke symptomer), se evt. Tabel 4.

Tabel 4. Antal underretninger og anden form for kontakt til Randers Kommune for børn i alderen > 1 måned og < 16 år fra Randers kommune, som er indlagt med uspecifik somatisk sygdom på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers med en af syv givne diagnoser. 2007.

Aktionsdiagnose	ICD10-kode	Antal børn i alt	Antal underretninger		Antal stormøder
			ved tidligere indlæggelser	ved nuværende indlæggelse	ved nuværende indlæggelse
Børn med mavepine	R108	3		1	3
Børn med hovedpine	R519	1			1
Uspecifikke symp. karakteristiske for børn	R681	1			
Børn med forgiftning (paracetamol)	T390	6		6	4
Observation for uspecifik sygdom	Z039	1			
Astma uden specifikation	J459	1	1	1	
Lungebetændelse uden specifikation	J189	1	1	1	*
Total		14	2	9	8

* Afholdt stormøde to gange tidligere (2005 og 2007).

Tabel 2. Antal indikatorer for børn i alderen > 1 mdr. og < 16 år fra Randers Kommune, som er indlagt med uspecifik somatisk sygdom på børneafdelingen, Regionshospitalet Randers med en af syv givne diagnoser. 2007.

Aktionsdiagnose	ICD10-kode	Antal børn i alt	Med. beh. ikke nødvendig	Evt. us. normale	Underret. er foretaget	Ubegrundet akut indl.	Børneafd. psykolog	Søgt hjælp	Fam. kons.	Konflikter	Misbrug	Alene-forældre	> 2 børn	Skift. sam-levere	Selv-mord	Gnm.
Børn med mavepine	R108	3	3	2	1	2	3	1		1		1	1			5
Børn med hovedpine	R519	1	1	1			1						1			4
Uspecifikke symp. karakteristiske for børn	R681	1		1												1
Børn med forgiftning (paracetamol)	T390	6	6	4	6		3	1	1	6		5	3	2	5	7
Observation for uspecifik sygdom	Z039	1	1	1			1	1			1					5
Astma uden specifikation	J459	1			1			1								2
Lungebetændelse uden specifikation	J189	1			1							1	i.o.			2
Total		14	11	9	9	2	8	4	1	7	1	7	5	2	5	5

* Kun et af disse børn har tidligere været indlagt - og det omfatter kun én indlæggelse.

Tabel 3. Indlæggelsesoplysninger for børn i alderen > 1 mdr. og < 16 år fra Randers Kommune, som er indlagt med uspecifik sygdom på børneafdelingen, Regionshospitalet Randers med en af syv givne diagnoser. 2007.

Aktionsdiagnose	ICD10-kode	Antal			Alder ved indlæg.	Indlagt ved				Gnm. antal indlæg. dage	Antal tidl. indlæg.
		I alt	Drenge	Piger		Egen læge	Vagtlæge	Skadestuen	Andet		
Børn med mavepine	R108	3		3	2 mdr. - 13 år	2			Afd. overlæge	7	4
Børn med hovedpine	R519	1	1		10 år	1				9	
Uspecifikke symp. karakteristiske for børn	R681	1	1		2 mdr.	1				10	3
Børn med forgiftning (paracetamol)	T390	6		6	12 - 14 år	1	3	2		2,5	*
Observation for uspecifik sygdom	Z039	1	1		8 år	1				3	
Astma uden specifikation	J459	1	1		18 mdr.	1				5	8
Lungebetændelse uden specifikation	J189	1	1		3 år		1			9	9
Total		14	5	9		7	4	2	1		

* Kun et af disse børn har tidligere været indlagt - og det omfatter kun én indlæggelse.

Karakteristik af de sårbare familier

Otte af de 14 børn bor fortrinsvis ved deres moder, mens seks af børnene bor sammen med begge deres forældre – der er således ingen af børnene, som fortrinsvis bor ved deres far.

I mindre end halvdelen af tilfældene har børneafdelingen og Børn og familieafdelingen i Randers Kommune oplysninger om forældrenes sociale baggrund (erhverv/arbejde eller uddannelse). Det er således vanskeligt på det foreliggende grundlag at vurdere, om erhverv/arbejde eller uddannelse kan bruges til at karakterisere og afgrænse de sårbare familier. Ved sammenfatning af oplysninger fra børneafdelingen og Børn og familieafdelingen ses det, at der samlet set er: 1 arbejdsløs, 1 kontant-hjælpsmodtager, 3 førtidspensionister, 2 social- og sundhedsassistenter, 1 revisor, 1 salgskonsulent, 1 lærer og 2 studerende samt 1 musiker.

Forældrenes alder er heller ikke kendt i alle tilfælde i børneafdelingen, mens kommunen i langt de fleste tilfælde har viden herom. Ved igen at sammenfatte oplysninger fra børneafdelingen og Børn og familieafdelingen fremgår det, at forældrene er jævnt fordelt aldersmæssigt mellem 27 og 58 år. Alderskriterier kan således heller ikke bruges til en karakteristik af de sårbare familier.

Det kan herudover konstateres, at gynækologisk obstetrisk afdeling henholdsvis Sundhedsplejen og Børn og familieafdelingen ikke har et indgående kendskab til familierne, hvilket fremgår af de efterfølgende afsnit. I nogle tilfælde er det med god grund, fx er nogle af familierne først flyttet til Randers Kommune efter barnets fødsel.

Gynækologisk obstetrisk afdelings kendskab til børnene

For fem af de 14 børn er der ingen journal på moderen. Der er to af børnene, hvor familien har fået et særligt støttende tilbud (gives ved depression eller misbrugsproblemer). Begge tilbud er givet til familier, hvor pigerne senere er indlagt med medicinforgiftning. Tilbuddene er begrundet med henholdsvis psykosociale årsager og diabetes.

Randers Kommunes kendskab til børnene

For otte af de 14 børn har Sundhedsplejen ikke kunnet fremskaffe journalen fra spædbarnstiden. To af børnene har modtaget ekstra besøg fra sundhedsplejersken ud over det normale antal besøg⁴. Der er således givet et uoplyst ekstra antal besøg til en to måneder gammel pige med mavepine, mens en dreng på to måneder – med uspecifikke symptomer karakteristisk for børn – har fået ni ekstra besøg.

Kommunens Børn og familieafdeling har kendskab til ni af de 14 børn. Men den kender eksempelvis ikke to af børnene med medicinforgiftninger. To familier til piger med medicinforgiftning henholdsvis mavepine har tidligere fået tilbud fra Børn og familieafdelingen, men har ikke ønsket at tage imod tilbuddet.

7. Diskussion

Det kan desværre konstateres, at det ikke har været muligt inden for dette projekts økonomiske rædum, at få foretaget en entydig afgrænsning af diagnoser inden for hvilke der forekommer en del børn, der har været indlagt med uspecifikke, somatiske sygdomme.

⁴ Det "normale" antal besøg afhænger af, om det er kvindens første fødsel, eller hun har født tidligere. Førstegangsfødende kvinder tilbydes et graviditetsbesøg og seks besøg inden for barnets første leveår, herefter er der mulighed for ni behovsbestemte besøg inden for barnets andet leveår. Kvinder, der tidligere har født, tilbydes et graviditetsbesøg og fire besøg inden for barnets første leveår, herefter er der også mulighed for ni behovsbestemte besøg inden for barnets andet leveår.

Ved gennemgang af 55 epikriser og journaler for syv udvalgte diagnoser er der identificeret 14 børn fra Randers Kommune, som har været indlagt med uspecifikke, somatiske sygdomme på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers i 2007.

Det skal imidlertid bemærkes, at det sagtens kan være, at der i 2007 har været flere end 14 børn fra Randers Kommune, som har været indlagt med en uspecifik, somatisk sygdom på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers – men det vurderes, at de da er at finde inden for andre end de syv udvalgte diagnoser. Omfanget heraf kan ikke vurderes.

Idet antallet af identificerede børn har været så forholdsvis lille, har vi ikke kunnet foretage en karakteristik af de børn, der har været indlagt med uspecifikke, somatiske sygdomme og deres familier.

Det har derimod været muligt at tegne et "billede" af børnene og deres familier, som har kunnet bruges som grundlag for projektgruppens videre arbejde med at beskrive det nuværende tværsektorielle samarbejde.

På basis af de identificerede børn har der således kunnet udarbejdes realistiske cases, som har været grundlaget for den udviklingsorienterede del af projektet: Hvordan kan det tværsektorielle samarbejde om disse sårbare familier styrkes? Denne del beskrives nærmere i Del II i rapporten.

I denne del af rapporten skal det afslutningsvis bemærkes, at en del af arbejdet for Regionshospitalet Randers og Randers Kommune om en styrket og målrettet indsats over for børn fra sårbare familier indbefatter en forbedret registreringspraksis. Eksempelvis kan det foreslås, at det i børneafdelingens epikriser fremgår, om der har været afholdt stormøde og/eller været foretaget en underretning til Børn og familieafdelingen. Ligeledes kan der også opfordres til, at den sociale anamnese om muligt inddrager flere af de psykosociale aspekter, der har været brugt som indikatorer i dette projekt. Herudover foreslås det, at der både på regionshospitalet og i kommunen gøres brug af en egentlig registrering af fx underretningerne – selvfølgelig under skyldig hensyntagen til de lovgivningsmæssige rammer på dette område. Der kan henvises til, at det er muligt at rette henvendelse til Sundhedsstyrelsen med henblik på at få oprettet en SKS-kode for "underretning"⁵.

Del II – Udvikling af det tværsektorielle samarbejde

8. Indledning

I det følgende foretages der en analyse af, hvordan samarbejdet om sårbare familier kan styrkes.

Analysens udgangspunkt er, at sundhedspersonalet⁶ engang imellem er bekymret for de børn og gravide, de er i kontakt med. Bør denne bekymring føre til et samarbejde mellem sundhedspersonalet og kommunens Børn og familieafdeling? I givet fald, hvordan skal samarbejdet så være? Det handler denne Del II om.

⁵ I Sundhedsstyrelsen oplyses det, at der ikke findes en SKS-kode for "underretning". I fald personalet på Regionshospitalet Randers ønsker en SKS-kode for "underretninger" kan der udfyldes en kodeønskeblanket: http://www.sst.dk/Net_blanket/Sundhedsinformatik/SKS_kodeoensker.aspx?lang=da.

⁶ Begrebet "sundhedspersonale" er bredt defineret: Ansatte på hospitalet, i almen praksis og i den kommunale sundhedspleje. Vores brug af begrebet knytter an til ansættelsesstedet og ikke uddannelsesbaggrund. En hospitalsansat pædagog er således sundhedspersonale med vores definition.

Lovgivningen er for så vidt klar nok, idet offentligt ansatte er forpligtiget til at foretage en underretning til kommunes sociale myndigheder, når de er bekymret for et barn⁷. I Randers Kommune vil det være til Børn og familieafdelingen. Ikke desto mindre viser erfaringen, at samarbejdet om sårbare gravide og børn fra sårbare familier i praksis er mindre enkel, og at samarbejdet rummer en række udfordringer. Derfor har Regionshospitalet Randers (RHR) og Randers Kommune (RK) bedt DSI om at sætte fokus på samarbejdet om sårbare familier. De mere specifikke formål og metoder samt resultaterne beskrives efterfølgende i denne Del II.

9. Formål

Det overordnede formål var i henhold til projektbeskrivelsen:

At beskrive det nuværende samarbejde mellem Randers Kommune (Sundhedsplejen samt Børn og familieafdelingen) og Regionshospitalet Randers (børneafdelingen og gynækologisk obstetrisk afdeling) om børn med uspecifikke, somatiske sygdomme.

At diskutere om og i givet fald hvordan samarbejdet i fremtiden kan styrkes. Herunder vil det blive inddraget, hvorvidt hospitalet bør øge kontakten til kommunen.

Dette er undervejs i projektforløbet blevet operationaliseret til et ønske om at få belyst følgende seks emner:

1. Hvornår bør sundhedspersonalet underrette Børn og familieafdelingen om en sårbar familie, og af hvilke årsager sker det måske ikke altid?
2. Hvornår bør ansatte på hospitalet og i almen praksis kontakte de kommunale sundhedsplejersker om en sårbar gravid eller et barn fra en sårbar familie?
3. Hvilke styrker og svagheder har de tre kommunikationsformer (telefoni, underretning og stormøder)?
4. Hvad bør man skrive i en underretning, og hvad bør man ikke skrive?
5. Hvordan bør et stormøde afholdes?
6. Hvordan sikres koordineringen, når en sårbar familie er identificeret?

Inden disse seks emner analyseres i afsnit 11, vil vi i afsnit 10 først gøre rede for den metode der ligger til grund for analysen. Denne Del II sluttet med en delkonklusion, der opsummerer analysen (afsnit 12).

10. Metode

Randers Kommune var den 8. december 2008 vært ved en tværsektoriel workshop om børn fra sårbare familier i Randers. Formålet med workshoppen var gennem drøftelse af de seks ovennævnte spørgsmål at sætte fokus på det tværsektorielle samarbejde om børn fra sårbare familier i Randers Kommune. For at gøre drøftelserne af de seks spørgsmål så konkret og praksisnære som muligt blev der forfattet ni fiktive men realistiske cases.

⁷ Jf. servicelovens § 153 og 154 (se Bilag 2) samt bekendtgørelse 1336 af 30. november 2008 (se Bilag 3).

Forud for workshoppen har der været en proces, der ledte frem til, at netop de seks spørgsmål blev udvalgt, og casene fik det indhold, de gjorde. Denne proces indledtes med en drøftelse af den i afsnit 6 beskrevne afgrænsning af børn fra sårbare familier. Herefter gennemførte DSI en række individuelle interviews med ledere fra gynækologisk afdeling på RHR, børneafdelingen på RHR, sundhedsafdelingen i RK, Sundhedsplejen i RK samt Børn og familieafdelingen i RK. Dernæst skrev DSI et udkast til en detaljeret drejebog for workshoppen inklusiv casebeskrivelser. Udkastet til program og drejebog blev drøftet på et projektgruppemøde, hvorefter drejebogen blev tilrettet og siden godkendt af projektgruppen⁸.

Workshoppen havde ca. 50 deltagere fra gynækologisk afdeling (RHR), børneafdelingen (RHR), Sundhedsplejen (RK), Børn og familieafdelingen (RK) samt almen praksis. Deltagerne blev inddelt i fem arbejdsgrupper med 9-10 deltagere i hver gruppe. Arbejdsgrupperne blev sammensat med medarbejdere på tværs af organisationer og uddannelsesmæssige baggrunde⁹. For hver arbejdsgruppe var der på forhånd udpeget en ordstyrer. De fem grupperes ordstyrere var alle medlemmer af projektgruppen, og har været med i planlægningen af workshoppen. Dermed har der på tværs af grupper været en fælles opfattelse af intentionen med workshoppen. Ordstyrernes opgave var dels at styre diskussionerne, og dels at skrive et fyldigt referat fra diskussionerne. DSI havde rollen som både ordstyrer og referent under plenumdrøftelserne. Workshoppen varede fem timer, og der blev udover en kort indledning afholdt henholdsvis to gruppesessioner og to plenumsessioner.

Referaterne fra gruppearbejderne udgør sammen med referatet fra plenumdrøftelserne datagrundlaget for analysen i afsnit 11.

Det har været et væsentligt formål med workshoppen at få deltagerne til at diskutere, hvor meget der skal til, før sundhedspersonalet underretter Børn og familieafdelingen i Randers Kommune ud fra en formodning om, at hospitalet udviser tilbageholdenhed med underretninger. Man kan indvende, at workshoppen i høj grad blev planlagt på baggrund af data fra 2007, men i mellemtiden er der i hvert fald på RHR's børneafdeling sket en stigning i antallet af underretninger. Det vurderes dog fortsat som værdifuldt at komme tættere på en fælles tværsektoriel forståelse af, hvornår sundhedspersonalet bør underrette Børn og familieafdelingen, og ikke mindst en fælles forståelse af de barrierer der i det daglige gør det vanskeligt at handle hensigtsmæssigt. Med henblik på en drøftelse af disse emner, blev der derfor konstrueret fem cases, som beskriver fem hospitalsindlæggelser, der er i en gråzone, dvs. hvor der er forhold, der taler både for og imod, at hospitalet underretter kommunen.

11. Resultater

11.1 Hvornår bør sundhedspersonalet underrette Børn og familieafdelingen om en sårbar familie og af hvilke årsager sker det måske ikke altid?

Ifølge Serviceloven skal offentligt ansatte underrette kommunen, når de har en "formodning om, at [et] barn [...] har behov for særlig støtte, eller når de i deres virke får kendskab til vordende forældre med problemer, der giver formodning om, at barnet vil få behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen."¹⁰

⁸ Drejebogen samt casebeskrivelser kan fås ved henvendelse til DSI.

⁹ Der deltog personer fra mange forskellige faggrupper: sygeplejerske, læge, fysioterapeut, socialrådgiver, pædagog, psykolog, lærer og administrativt uddannede.

¹⁰ Uddrag fra servicelovens § 153 – jf. Bilag 2.

Men hvornår er en formodning eller bekymring "stor nok" til, at det bør udløse en underretning? Dette spørgsmål giver hverken Serviceloven eller den uddybende bekendtgørelse¹¹ et svar på. Det underer derfor ikke, at flere workshopdeltagere var inde på, at det kan være særdeles vanskeligt for sundhedspersonalet at foretage skønnet. På børneafdelingen på RHR er man fx også opmærksom på, at dette skøn kan være vanskeligt. Derfor har man blandt andet "institutionaliseret" skønnet, idet det ikke er den enkelte medarbejder, der foretager underretning til kommunen – men børneafdelingen. Det er således altid en overlæge som underskriver underretningen. Desuden har børneafdelingens ledelse haft på fornemmelsen, at man måske har været for tilbageholdende med at foretage underretninger. Udredningen i afsnit 6 kunne da også tyde på det, for blandt de syv mest relevante diagnoser blev der ved en gennemgang af journalerne fra 2007 fundet 14 børn fra Randers Kommune (RK), som havde været indlagt med en uspecifik, somatisk sygdom, og i disse 14 sager blev der underrettet i alt ni gange til Randers Kommune (RK). I alt foretog børneafdelingen 49 underretninger i 2007 til Børn og familieafdelingen. Man kan gøre sig overvejelser over, hvorvidt problemet ikke er større: Der indlægges kun få børn med uspecifikke, somatiske sygdomme fra RK, og der derfor er der heller ikke grund til flere underretninger til kommunen. Dette er dog ifølge børneafdelingens ledelse en fejlslutning. At der ikke blev identificeret flere børn med uspecifikke, somatiske sygdomme skyldes snarere to andre forhold. For det første at udredningen er begrænset til et udvalgt antal diagnoser, og for det andet – og ikke mindst – at personalets observationer vedrørende disse børn i nogle tilfælde forbliver "tavs viden", dvs. observationerne registreres ikke i tilstrækkelig grad i journalerne (under social anamnese), og der undlades at underrette kommunen – måske fordi der ikke er nok at "gå efter" – dvs. at bekymringen ikke er stor nok. Børneafdelingens ledelse har derfor valgt at sætte fokus på antallet af underretninger, og som vi så i afsnit 6, er antallet af underretninger da også steget fra 49 i 2007 til 73 i 2008. Ledelsen på børneafdelingen vurderer selv, at denne stigning skyldes, at medarbejderne på børneafdelingen er blevet opfordret til oftere at skride til underretning. Denne vurdering forekommer plausibel. Også på gynækologisk afdeling skønner ledelsen, at man undertiden er tilbageholdende med at underrette.

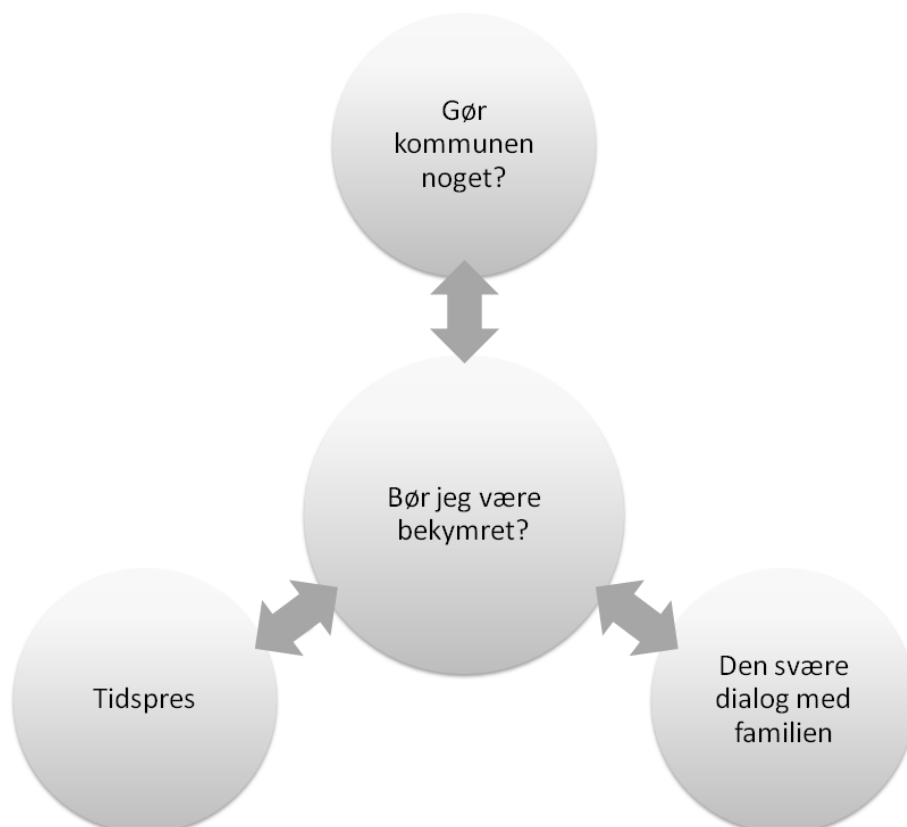
Workshopdeltagerne var generelt enige i, at sundhedspersonalet ikke i tilstrækkelig grad underretter Børn og familieafdelingen om deres observationer om sårbare gravide og børn fra sårbare familier. I én af grupperne var der en interessant diskussion, hvor deltagerne i starten bekræftede hinanden i, at vi (hospitalet) da underretter ganske meget, men efter lidt drøftelse nåede gruppen frem til, at der faktisk alligevel er en del barrierer, der vanskeliggør samarbejdet. Det var således et udtalt synspunkt blandt flere workshopdeltagere, at sundhedspersonalet bør udvise mindre tilbageholdenhed og oftere foretage underretning til Børn og familieafdelingen. Sundhedspersonalet¹² ses sammen med andre faggrupper (såsom pædagoger og lærere) som Børn og familieafdelingens "øjne og ører". Nogle talte om, at underretningen bør ske så snart, der opstår en bekymring, og flere af workshoppens deltagere udtalte: "Hellere en underretning for meget, end én for lidt". Selvom det på den anden side også fremgik, at der skal findes en balance for, hvornår der afsendes en underretning, og at en underretning altid skal være fagligt velbegrundet, var der konsensus om, at sundhedspersonalet bør udvise mindre tilbageholdenhed med at foretage underretning til Børn og familieafdelingen i Randers Kommune.

Der blev på workshoppen peget på fire barrierer, der medfører, at sundhedspersonalet undlader underretning til Børn og familieafdelingen. Disse fire barrierer er illustreret i Figur 1.

¹¹ Bekendtgørelse 1336 om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service – jf. Bilag 3.

¹² Begrebet "sundhedspersonale" er som tidligere nævnt bredt defineret: Ansatte på hospitalet, i almen praksis og den kommunale sundhedspleje. Vores brug af begrebet knytter an til ansættelsesstedet og ikke uddannelsesbaggrund. En hospitalsansat pædagog er således sundhedspersonale ifølge vores definition.

Figur 1. Fire barrierer for underretning til kommunen.



Figur 1 illustrerer, at spørgsmålet "Bør jeg være bekymret?" ikke kun er et centralt spørgsmål, men at det samtidig også er den centrale barriere for underretning til Børn og familieafdelingen, for spørgsmålet kan i sig selv være ganske svært at svare på. Det sker altså, at sundhedspersonalet – alene fordi det er svært at afgøre, om der er grund til bekymring – undlader at tage endelig stilling til spørgsmålet og dermed undlader at underrette Børn og familieafdelingen.

Når kompleksiteten i spørgsmålet "Bør jeg være bekymret?" i figuren udpeges som den helt centrale barriere for underretning, skyldes det, at hvis man aldrig får svaret på spørgsmålet, så får man i hvert fald ikke underrettet Børn og familieafdelingen. Figuren illustrerer samtidig, at selvom man faktisk finder ud af, at man er bekymret for en familie, er der tre andre barrierer, som i værste fald medfører, at man alligevel ikke underretter til Børn og familieafdelingen. De tre øvrige barrierer er:

- ♦ **Den svære dialog med familien:** Dialogen med familien om en mulig underretning til Børn og familieafdelingen kan være konfliktfyldt og ubehagelig.
- ♦ **Tidspres:** Sundhedspersonalet er ofte presset rent tidsmæssigt med mange gøremål, og det kan være vanskeligt at finde tiden til at gå ind i en sag om en sårbar familie.
- ♦ **Gør kommunen noget?:** Der var på workshoppen en udtalt tvivl om, hvorvidt Børn og familieafdelingen nu også altid får handlet på de underretninger, der kommer fra sundhedspersonalet.

De i Figur 1 illustrerede fire barrierer har ikke lige stor vægt i alle typer af sager. I nogle sager er der fx større tvivl om, hvorvidt man bør være bekymret end i andre. Samtidig påvirker barriererne hinanden. Hvis man fx er meget i tvivl om, hvorvidt Børn og familieafdelingen overhovedet vil handle på underretningen, og man samtidig har travlt med en række andre vigtige gøremål, så øges sandsynligheden for, at man vælger at undgå den lidt svære dialog med familien om underretning til kommunen.

I det følgende gennemgås de fire barrierer hver for sig, og der gives anbefalinger til, hvordan de kan mindskes.

Bør jeg være bekymret?

Som nævnt ovenfor var holdningen på workshoppen ”hellere en underretning for meget, end én for lidt”. Men hvordan kan man omsætte denne holdning i daglig praksis? Loven siger som nævnt, at man bør underrette, hvis man har formodning om, at barnet har behov for særlig støtte. Man bør altså underrette *hver* gang, man er bekymret for et barn og har en formodning om, at barnet har behov for støtte. Men hvad skal der til, for at man kan siges at være ”bekymret”? Er det fx nok i sig selv, at forældrene til en treårig indlagt dreng er arbejdsløse og møder op på sygehuset med tømmermænd? Nej, ikke nødvendigvis, vil de fleste sikkert sige. Men hvad så, hvis indlæggelsen ikke kan forklares somatisk, og forældrene i øvrigt er hårde i munden overfor drengen? En del af workshopdeltagere beretter således, at personalet ofte er i tvivl om, hvornår man går fra at være ”opmærksom” til at være ”bekymret”. Men denne tvivl forsvinder altså ikke ved, at man ”sænker bommen”, og fx på afdelingsniveau beslutter, at: Her foretager vi altid underretning til Børn og familieafdelingen, når vi er bekymrede for et barn eller en gravid.

Hvad kan der gøres for at mindske denne barriere? Hvordan kan man støtte medarbejderne i observationsfasen, så de får nemmere ved at afgøre det komplekse spørgsmål om, hvorvidt man bør være bekymret? Der var konsensus på workshoppen om, at det ikke er hverken muligt eller hensigtsmæssigt at opstille firkantede retningslinjer for, hvad der bør udløse en bekymring og dermed en underretning til Børn og familieafdelingen. Samtidig talte mange blandt sundhedspersonalet dog om behovet for en vejledning samt gerne undervisning i, hvilke faresignaler eller opmærksomhedspunkter sundhedspersonalet bør lægge vægt på i deres vurdering af, om der er grund til bekymring. Det anbefales derfor, at der på tværs af sektorer udarbejdes en vejledning og/eller undervisningsmateriale. Til inspiration for udarbejdelsen af dette materiale fremgår af Bilag 4 de opmærksomhedspunkter, der blev udarbejdet i forbindelse med udredningen i afsnit 6, samt de opmærksomhedspunkter som derudover blev nævnt på workshoppen.

Når materialet udarbejdes, bør det overvejes, om der udover beskrivelse af opmærksomhedspunkterne kan gives konkrete anbefalinger til handlemåder i bestemte situationer. Eksempler på konkrete anbefalinger kunne fx være:

- ◆ Der skal altid ske underretning til Børn og familieafdelingen, når der indlægges unge med paracetamol forgiftning.
- ◆ Ved tredje indlæggelse uden somatisk forklaring anbefales det, at der sker underretning til Børn og familieafdelingen.
- ◆ Ved mistanke om misbrugsproblemer i hjemmet anbefales det, at der sker underretning til Børn og familieafdelingen.

Det står for DSI's egen ”regning” at anbefale udarbejdelsen af denne type konkrete anbefalinger til, hvad man bør (overveje at) gøre i bestemte situationer, for på workshoppen blev der netop talt imod ”firkantede retningslinjer”. DSI vurderer dog, at konkrete anbefalinger kan være en værdifuld støtte for personalet, fordi anbefalingerne er nemme at forholde sig til samtidig med, at de sender tydelige signaler til ikke mindst nye medarbejdere om, hvilken holdning der er på afdelingen til samarbejdet med kommunen. Man bør i hvert fald ikke afvise idéen, blot fordi det er svært at udarbejde dem. Mange organisationer har allerede denne type anbefalinger/tommelfingerregler i form af tavs viden, der altså ikke er nedskrevet, men som undertiden udtrykkes som: ”Vi plejer at gøre sådan og sådan”. Sygehusafdelingerne og Sundhedsplejen kunne altså – om ikke andet – undersøge, om der også fore-

kommer uskrevne tommelfingerregler hos dem selv, som lige så godt kunne gøres eksplicitte. På sin vis er børneafdelingen på RHR allerede gået i gang med denne proces, for det førstnævnte eksempel vedrørende underretningspligt ved paracetamol forgiftede unge er faktisk for nylig blevet til en skriftlig instruktion på børneafdelingen.

Den svære dialog med familien

En anden af de fire barrierer for at foretage en underretning til kommunens Børn og familieafdelingen er, at den i praksis kræver en forudgående dialog med familien om, at der er en underretning på vej til Børn og familieafdelingen. Forældrene har imidlertid ikke krav på at blive informeret herom, men både på børneafdelingen og på gynækologisk afdeling er det en fast praksis, at familien informeres. Baggrunden for denne faste praksis er et ønske om at spille med åbne kort – ikke mindst ønsker man ikke at risikere et tillidsbrud og dermed at gøre skade på relationen mellem behandler og patient/familien. Omvendt er der netop en bekymring for, at blot dette, at sundhedspersonalet nævner, at der foretages underretning til Børn og familieafdelingen, kan komme til at skade denne relation. Denne bekymring kan føre til, at man måske udskyder eller sårer undlader dialogen med patienten om underretning til Børn og familieafdelingen. Fx vil man på gynækologisk afdeling nødig miste den gravides tillid og dermed risikere, at hun fravælger fremtidige jordemoderkonsultationer. Derfor har jordemødre stået i den situation at skulle overveje, hvornår i behandlingsforløbet, der bør tages en dialog med den gravide om kommunal støtte. Sundhedspersonalet står således ikke sjældent i et dilemma mellem fastholdelse af et mere kortsigtet somatisk behandlingsforløb, og ønsket om at tilvejebringe muligheden for mere langsigtet psykosocial støtte til den sårbare familie.

Men behøver dialogen være så ubehagelig og konfliktfyldt? Kan man ikke bare sætte sig stille og roligt ned og forklare, at underretning til Børn og familieafdelingen er til familiens bedste, og sker ud fra et ønske om at støtte op om familien? Svaret på workshoppen var, at det da lykkes nogle gange at få en god dialog, men selvom man siger alle de rigtige ting til familien, er der erfaringsmæssigt nogle forældre, der går i "baglås", og fx opfatter selve underretningen til Børn og familieafdelingen som et dybt personligt angreb mod deres rolle som forældre. Andre tror måske, at en underretning til kommunen er lig med, at deres barn bliver fjernet med tvang.

Det kan altså være potentielt konfliktfyldt at tale om kommunal inddragelse, og det kan medføre en vis tilbageholdenhed. Denne tilbageholdenhed stiger i takt med familiens ressourcer: Hvis mor og far har en god uddannelse og godt job, opleves det som særligt vanskeligt at tage dialogen med familien. Grunden kan måske være, at familien på mange måder ligner det sundhedspersonale, der skal tage initiativ til dialogen. På workshoppen blev det derudover oplyst, at kendte personer, politikere, læger og kollegaer er særlige grupper, hvor risikoen for tilbageholdenhed må formodes at være særligt udtalt.

Set fra den enkelte medarbejders personlige perspektiv er det helt forståeligt, at det er fristende at udvise tilbageholdenhed i forhold til en svær og muligvis konfliktfyldt samtale. De færreste mennesker bryder sig om at gøre ting, der er ubehagelige – om end der kan være forskel på, hvor ubehagelig man synes en konfliktfyldt samtale er. Set fra et professions- og afdelingsperspektiv er det dog ikke hensigtsmæssigt, hvis svære samtaler udskydes eller sårer undgås. Derfor anbefales det, at der i afdelingerne iværksættes foranstaltninger, der støtter medarbejderne i at gennemføre den svære samtale. Man kunne fx opbygge en struktur internt på afdelingen, som sikrer, at kollektivet kan hjælpe den enkelte medarbejder med beslutningen om at tage en ubehagelig samtale. Det kunne ske ved, at der på afdelingskonferencer eller lignende møder var en rutinemæssig gennemgang af patienterne med henblik på at drøfte, om de kommer fra sårbare familier.

Derudover bør afdelingsledelsen overveje at indføre løbende faglig sparring og supervision for at sikre, at medarbejderne klædes bedst muligt på i forhold til "den svære samtale". Man kunne fx have en kollega med til en svær samtale, så denne efterfølgende kan give konkret feedback og sparring. En anden mulighed er at udnævne en ressourceperson på området – dvs. en medarbejder som erfaringsmæssigt er rigtig god til "den svære samtale", og som eventuelt sendes på kursus vedrørende "den svære samtale". Ressourcepersonen kan så stå til rådighed i det daglige for råd og vejledning og lejlighedsvis gennemføre brush-up undervisning af medarbejderne samt stå for introduktion af nye medarbejdere til "den svære samtale".

Tidspres

Sundhedspersonalet er som så mange andre ofte presset rent tidsmæssigt med mange gøremål. På workshoppen var flere deltagere inde på, at dette tidspres kan bidrage til, at man udviser tilbageholdenhed i gråzone-tilfælde, dvs. i de sager hvor der er i tvivl om, hvorvidt der er grundlag for en underretning. De cases, der blev brugt på workshoppen, var netop denne type gråzone-tilfælde, og forelagt disse cases var der en del workshopdeltagere, der var inde på, at man via en underretning burde have ladet tvivlen komme barnet til gode og have sendt en underretning, men at travlhed på afdelingen kan være årsag til, at dette ikke altid sker i dagligdagen.

Tidspres på hospitalsafdelinger er en strukturel problemstilling. Ledelsen bør derfor signalere, at det prioriteres, at personalet bruger tid på at undersøge, om der er grundlag for en underretning. Dette kan ske både generelt og konkret. Generelt kan der sendes overordnede ledelsessignaler, der understreger, at afdelingen finder det vigtigt at identificere sårbare familier – også i de tilfælde hvor man er i tvivl, fordi der er forhold, der taler både for og imod. Mere konkret kan ledelsen derudover gå ind og støtte berørte medarbejdere – fx ved at medarbejderne under arbejdet med en specifik sårbar familie midlertidigt får frataget andre arbejdsopgaver.

Gør kommunen noget?

En del af workshopdeltagerne har haft sager, hvor de henvender sig til Børn og familieafdelingen om en sårbar familie, og hvor det efterfølgende opleves, at Børn og familieafdelingen ikke handler i sagen. Én af workshopdeltagerne udtrykker det på denne måde:

"Jeg oplever, at når man laver en underretning, så hører man aldrig mere, og hvis man efterfølgende taler med forældrene til det sårbare barn, fortæller de ofte, at der ikke er sket noget som helst."

Det kunne fornemmes på workshoppen, at disse oplevelser har skabt en vis stemning af frustration og tvivl, om det overhovedet er besværet værd at underrette Børn og familieafdelingen. Det kan derfor ikke afvises, at denne stemning af frustration og tvivl medfører en vis tilbageholdenhed med at henvende sig. I denne rapport tages der ikke stilling til, om oplevelserne er "rigtige", men det konstateres blot, at frustrationen og tvivlen i sig selv udgør en barriere for sundhedspersonalets samarbejde med Børn og familieafdelingen. Derfor vil vi nu se nærmere på, hvad der kan gøres for at fjerne denne tvivl. Spørgsmålet er dog, om det overhovedet er muligt helt at fjerne den. Det er faktisk usandsynligt, for erfaringsmæssigt er det ikke nemt at komme dårlige oplevelser til livs, når det handler om samarbejde på tværs af organisationer, hvor der allerede er etableret et "os"- og "dem"-modsetsforhold. Derfor må man være indstillet på, at denne barriere nok ikke kan fjernes helt, og at en indsats overfor den kræver vedholdenhed. Den indsats, der skal til, for at minimere barrieren, er, at medarbejderne på tværs af sektorer og organisationer gennem en række initiativer opnår større kendskab, forståelse og åbenhed i forhold til hinanden. Efterfølgende diskuteres det, hvad disse initiativer kan være.

Strategier for øgning af tværsektorielt kendskab, forståelse og åbenhed

Man kan med fordel arbejde på både det generelle og et konkret plan. På det generelle plan bør der på tværs af hospital, almen praksis og kommune arbejdes hen mod større gensidigt kendskab til og forståelse for hinandens hverdag, faglige tilgange, og de rammer man hver især arbejder indenfor. På det konkrete plan handler det om at sikre mest mulig åbenhed, efter der er foretaget underretning om en konkret sag. Indsatsmulighederne på henholdsvis det generelle og det konkrete plan diskuteres nedenfor.

På det generelle plan: Mere kendskab til og forståelse for hinanden

I samarbejdsrelationen mellem en sundhedssektor (hospitalet, almen praksis og sundhedsplejerskerne) og en socialsektor (Børn og familieafdelingen), er der nogle faktorer, som upåagtet vil fremme misforståelser, modsætninger og måske endda mistillid. På basis af en udgivelse af Janne Seeman om organisationers samarbejde, er der nedenfor opstillet tre faktorer, som kan medvirke til at gøre samarbejdet på tværs af sektorer vanskeligt:¹³

- ♦ **Flere organisatoriske enheder:** Et samarbejde besværliggøres af, at samarbejdets aktører er placeret på flere fysiske lokationer, organiseret i forskellige enheder og sågar i to forskellige sektorer.
- ♦ **Forskellig faglighed:** En flerhed af de ansatte på hospitalet, i almen praksis og Sundhedsplejen har en sundhedsfaglig uddannelse. En flerhed af de ansatte i Børn og familieafdelingen har derimod en uddannelse indenfor det sociale eller pædagogiske område. Det betyder alt andet lige, at fokus, begrebsverden og tilgang til problem og løsning vil være forskellig.
- ♦ **Forskelligt krav til tempo:** En konsultation i almen praksis tager normalt ikke mere end 10-15 minutter¹⁴. I hospitalssektoren er den gennemsnitlige liggetid kraftigt reduceret de sidste årtier, og der er samtidig sket en markant konvertering fra stationær til ambulant behandling. Heroverfor står Børn og familieafdelingen, som opererer med en frist på fire måneder til udredning af en social problemstilling, idet en § 50-undersøgelse skal være gennemført inden for fire måneder. Sat lidt på spidsen er der i sundhedssektoren altså en "akut tilgang", hvor fokus i stadig højere grad er på at håndtere én ting ad gangen, mens der i socialsektoren er mere blik for, at komplekse sociale problemer kræver integrerede, helstøbte og langvarige – men også økonomisk bæredygtige – løsninger. Selvom denne modstilling mellem sundheds- og socialsektoren er sat på spidsen, illustrerer den, hvorfor der kan være forskellige forventninger til tempo. Når man er socialiseret ind i et meget handlingsorienteret akutparadigme, kan det være meget vanskeligt at forstå, at det kan tage op til fire måneder at beslutte sig i en sag.

I lyset af disse faktorer er det ikke så underligt, at det tværsektorielle samarbejde om børn fra sårbare familier i Randers Kommune ikke er uden udfordringer. Faktorerne er i høj grad strukturelt betingede, og kan ikke umiddelbart ændres, men man kan alligevel gøre en indsats for at mindske den negative effekt, faktorerne har på samarbejdet. Et væsentligt element i denne forbindelse er, at man gensidigt lærer disse faktorer at kende, så man bedre forstår "de andres" handlemåder.

Det anbefales derfor, at der udarbejdes en overordnet og langsigtet strategi for styrkelsen af selve samarbejdsrelationen. Det vil sige, der bør lægges en plan for, hvordan der på tværs af hospital, almen praksis og kommune kan arbejdes hen mod større gensidigt kendskab til og forståelse for hinandens hverdag, faglige tilgange, og de rammer arbejdet udføres indenfor. Fx er det oplagt at forklare

¹³ Janne Seemann: "Når organisationer skal samarbejde – Distriktpsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer". Munksgaard, 1996.

¹⁴ Baseret på vurderinger af oplysninger fra en række praktiserende læger, som DSI har talt med.

sundhedspersonalet baggrunden for, at en § 50-undersøgelse kan tage op mod fire måneder, samt at stort set al indsats fra Børn og familieafdelingens side er baseret på forældrenes medvirken og accept. Tvangsansbringelser skal fx altid forelægges politisk i byrådets Børn og Ungeudvalg.

I strategien bør der være både et netværks- og læringselement. Netværkselementet handler om at give medarbejdere lejlighed til at opbygge personlige bånd på tværs af organisatoriske enheder, og læringselementet handler om at lade medarbejderne lære om "de andres" tilgang, vilkår og rammer. Begge elementer kan fx fremmes gennem tværsektorielle temadage, workshops, studieture ol. Læringselementet kan derudover fremmes ved at "de andre" inviteres til at holde oplæg i interne undervisningsforløb.

Det konkrete plan: Øget åbenhed gennem samtykke og vejledning

Når kommunens Børn og familieafdeling modtager en underretning vedrørende en familie, er sagen underlagt tavshedspligt, og Børn og familieafdelingen må derfor ikke tage initiativ til at fortælle underretteren, hvad der foretages i sagen – bortset fra en skriftlig kvittering om modtagelse af underretningen. Hvis underretteren i et efterfølgende behandlingsforløb får behov for oplysninger om status i sagen, så udgør tavshedspligten i sig selv en barriere for, at Børn og familieafdelingen kan give disse oplysninger. I disse tilfælde bør der indhentes et samtykke fra forældrene til, at der må indhentes oplysninger fra kommunen. Dette sker allerede til en vis grad i dag, men på workshoppen var der konsensus om, at det bør ske oftere. Det er nærliggende, at der i en mulig konfliktfyldt dialog med forældrene om samtykket, kan være en barriere for at indhente det. Det ligner altså meget udfordringen omkring underretninger, og der gælder derfor de samme løsningsovervejelser.

Hvis forældrene nægter at give samtykke, er det imidlertid fortsat muligt for Børn og familieafdelingen at give oplysninger, såfremt det efter en konkret vurdering skønnes, at hensynet til barnets tarv overstiger hensynet til tavshedspligten.¹⁵

Der vurderes at være et behov for en vejledning vedrørende informationsudveksling, der beskriver, hvilke muligheder og begrænsninger der er hos Børn og familieafdelingen for med (og uden) samtykke at videregive oplysninger om verserende sager. Det anbefales, at denne vejledning udarbejdes i fællesskab mellem sektorerne.

Det blev derudover foreslået på workshoppen, at Børn og familieafdelingen kunne fremsende en "slutkvittering" til underretteren, når Børn og familieafdelingen har afsluttet en sag. Så ved underretteren om ikke andet, at Børn og familieafdelingen atter er ude af billedet og derfor evt. bør få besked igen, hvis der i fremtiden opstår yderligere bekymring for familien. Som tidligere nævnt modtager Børn og familieafdelingen årligt ca. 900 underretninger, og derfor vurderer vi, at det ikke vil være praktisk muligt – og muligvis heller ikke lovligt for Børn og familieafdelingen at sende en sådan slutkvittering til de forskellige myndigheder og personer, der foretager underretning.

Den vejledning, der er foreslået ovenfor, må formodes i sig selv at mindske disse frustrationer, for den vil forklare, hvorfor Børn og familieafdelingen ikke altid har mulighed for at udtale sig i en konkret sag. Den vil desuden støtte de enkelte medarbejdere i Børn og familieafdelingen i vurderingen af, hvornår der så faktisk kan videregives oplysninger. På lidt længere sigt vil vejledningen sandsynligvis føre til en øget åbenhed om status i verserende sager, fordi alle parter får mere klarhed over mulighederne for at opnå information. Denne øgede åbenhed vil bidrage til nedbrydning af den tvivl, der er hos sundhedspersonalet om, hvorvidt Børn og familieafdelingen overhovedet handler på underretningerne. Dermed

¹⁵ Jf. forvaltningslovens § 28, stk. 2 pkt. 3: "Videregivelse af [...] oplysninger kan dog ske, når videregivelsen sker til varetagelse af private eller offentlige interesser, der klart overstiger hensynet til den, oplysningen angår."

vil vejledningen på lidt længere sigt formodentligt medvirke til, at sundhedspersonalet i fremtiden oftere foretager underretning til Børn og familieafdelingen om sårbare familier.

Handlemuligheder er ikke overskuelige

Vi har nu diskuteret fire barrierer for, at sundhedspersonalet foretager underretning til Børn og familieafdelingen. På workshoppen blev der ligeledes nævnt en barriere, som ikke handler specifikt om underretning, men som mere generelt gør det vanskeligt at rette henvendelse til kommunen om en familie, som man måske ikke (kun) vil sende en underretning på, men (også) vil hjælpe i den rigtige retning i forhold til at få koblet den rette kommunale støtteforanstaltning på familien. Der savnes altså klarhed over, hvilke tilbud Børn og familieafdelingen samt øvrige kommunale aktører (fx Sundhedsplejen) råder over.

I forhold til sårbare familier har "kommunen" mange indgange, instanser og tilbud. Og tingene er som alle andre steder under konstant forandring: Der sker omstruktureringer, introduceres nye tilbud og sker udskiftninger på medarbejdersiden. Det blev tydeligt på workshoppen, at det er rigtig svært for sundhedspersonalet på hospitalet og i almen praksis at finde rundt i alle disse foranderlige muligheder. En af workshopdeltagerne udtrykker det på følgende måde:

"Jeg sidder tit med børn og unge med problemer, der er knap så alvorlige, og vil gerne finde ud af, hvad kommunen kan tilbyde, men mangler helt klart et overblik over tilbudene, og tit kan jeg end ikke finde ud af, hvem jeg skal ringe til for at få mere at vide. Jeg har oplevet at bruge halve dage på at blive sendt rundt og rundt. Så man skal virkelig være udholdende. Min sidemand her på workshoppen er faktisk lige den fagperson, som det aldrig lykkedes mig at finde i sidste uge, så ham vil jeg straks ringe til i morgen."

Udover værdien ved personlige netværk, illustrerer citatet, at "kommunen" er en svær størrelse at få hold på – også selvom man er vedholdende. Citatet viser også, at det ikke nødvendigvis altid handler om en underretning til Børn og familieafdelingen, men måske også om at få oplyst, hvilke muligheder kommunen kan tilbyde, så man måske kan dirigere familien i den rigtige retning. Måske ender sundhedspersonalet med at kontakte "den forkerte". Fx ringer en medarbejder fra gynækologisk afdeling til Sundhedsplejen, og giver udtryk for en spirende bekymring. Det kan undertiden være i orden, men sagen havde måske en karakter, der gjorde, at medarbejderen tillige burde have underrettet Børn og familieafdelingen.

Det er heller ikke nemt for folk uden sundhedsfaglig baggrund at finde rundt på et mellemstort hospital. På samme måde er uoverskuelighed og foranderlighed i kommunens mange sociale tilbud, instanser og kontaktpersoner et lignende strukturelt vilkår. Omvendt gøres der givet vis allerede i dag anstrengelser for at formidle de muligheder, kommunen kan tilbyde. Ikke desto mindre blev der på workshoppen efterlyst en kortfattet og overskuelig vejledning, der hurtigt og effektivt kan hjælpe sundhedspersonalet til at opnå overblik over, hvem der bør kontaktes i en given situation. Det foreslås, at vejledningen sammen med en beskrivelse af andre kommunale tilbud gøres tilgængelig online på den offentlige sundhedsportal, sundhed.dk, som de alment praktiserende læger er vant til at bruge, når de søger oplysninger om forskellige tilbud til deres patienter i forbindelse med deres funktion som gatekeepere. Repræsentanter for sundhedspersonalet bør inddrages aktivt i udarbejdelsen af vejledningen, så det sikres, at vejledningen faktisk svarer på de spørgsmål, sundhedspersonalet har. Derudover kunne vejledningen evt. suppleres med en "kommunal stifinder", dvs. en navngiven person som sundhedspersonalet kan ringe til for at få guidning i, hvem man bør henvende sig til med en specifik problemstilling.

11.2 Hvornår bør ansatte på hospitalet og i almen praksis kontakte de kommunale sundhedsplejersker om en sårbar gravid eller et barn fra en sårbar familie?

Mange af workshoppens deltagere fra den kommunale sundhedspleje udtrykte et stort ønske om at blive inddraget i langt flere sager, end det sker i dag. Sundhedsplejens fokus er i høj grad forebyggende, og derfor vil det være hensigtsmæssigt, at hospitalspersonalet og de alment praktiserende læger informerer sundhedsplejerskerne langt tidligere og helst så snart der er en bekymring, således at sundhedsplejerskerne kan sætte ind og bidrage til, at familiens problemer ikke vokser sig store.

Sundhedsplejerskerne pointerede på workshoppen, at de gerne vil mere på "banen" i forhold til alle aldersgrupper: Fra forberedende samtaler med den gravide og helt frem til en ekstra indsats i skole-sundhedsplejen overfor unge op til 16 år. Denne udmelding var ny for i hvert fald nogle af hospitalets deltagere på workshoppen, som hidtil har haft den opfattelse, at Sundhedsplejen i hovedreglen ikke længere har kontakt til familierne, når børnene er over 12 måneder. Det anbefales derfor, at hospital, almen praksis og Sundhedsplejen i fællesskab får afklaret, ved hvilke situationer Sundhedsplejen bør inddrages/informerer. I det hele taget bør det afklares, hvordan henholdsvis gynækologisk afdeling, børneafdelingen, almen praksis og Sundhedsplejen kan styrke en fælles og koordineret indsats overfor sårbare gravide og børn fra sårbare familier.

Det blev på workshoppen foreslået, at Sundhedsplejen får en kopi af alle epikriser fra gynækologisk afdeling og børneafdelingen. Denne idé blev umiddelbart forkastet af børneafdelingen med henvisning til volumen (over 4.000 årlige patientforløb). Der findes imidlertid en teknisk infrastruktur, som muliggør, at epikrisen forholdsvis nemt kan fremsendes til Sundhedsplejen i elektronisk format: Sekretæren på hospitalet kan kopiere epikrisen til almen praksis og sende kopien i elektronisk format via MedComs korrespondancemeddelelse til sundhedsplejerskerne i Randers Kommune¹⁶. Det vurderes, at sekretærens ekstra arbejde ved kopi og forsendelse til Sundhedsplejen vil være begrænset.

11.3 Hvilke styrker og svagheder har de tre kommunikationsformer: Møder, skriftlighed og telefoni?

På workshoppen blev styrker og svagheder ved stormøder, skriftlighed og telefoni drøftet. Workshoppens rammer tillod ikke en tilbundsgående diskussion, og derfor bør nedenstående fremstilling ses som et indledende input i en mere grundig afdækning. Tabel 5 opsummerer styrker og svagheder ved de tre kommunikationsformer.

¹⁶ Når sekretæren har skrevet epikrisen i det grønne system, der er det patientadministrative system (PAS) på RHR, kan teksten kopieres over i en MedCom korrespondance, som ligeledes findes i PAS. Herefter kan kopien sendes til journalsystemet hos sundhedsplejerskerne i Randers Kommune (Novax Sundhed).

Tabel 5. Styrker og svagheder ved stormøder, skriftlighed og telefoni.

Kommunikationsform	Styrker	Svagheder
Møder	- dialogbaseret - komplekse problemstillinger - mange aktører - fælles grundlag - koordinering	- vanskelige at arrangere - overvældende for familierne
Telefoni	- hurtig - dialogbaseret - enkle problemstillinger - indhente oplysninger	- ingen dokumentation - misforståelser
Skriftlighed	- dokumentation - entydig - afgive oplysninger	- envejskommunikation - tidskrævende

Møder egner sig godt til dialog mellem mange parter om komplekse problemstillinger, hvor mange aktører kan have glæde af et fælles grundlag, og der er behov for koordinering mellem parterne. Ulempen ved møder er, at de kan være vanskelige at få arrangeret indenfor en kort tidshorisont, såfremt mødet kræver mange forskellige deltagere. Derudover kan fx stormøder virke overvældende for forældrene. Derfor blev det også på workshoppen pointeret, at antallet af deltagere bør begrænses til et minimum – jf. et senere afsnit, hvor stormøder diskuteres mere indgående.

Telefoniske henvendelser egner sig bedst til enkle problemstillinger, hvor den, der ringer op, har behov for at indhente oplysninger. Styrken ved telefoni er, at det ikke tager så lang tid at gennemføre en telefonsamtale som fx at udarbejde en skriftlig underretning. Derudover er samtalen i sagens natur dialogbaseret. En svaghed ved telefoni er imidlertid, at afsenderen ikke har en dokumentation for sin henvendelse. På modtagersiden i Børn og familieafdelingen er der notatpligt ved telefoniske henvendelser. Det betyder, at der for så vidt kan foretages telefoniske underretninger. Men selvom det måtte gå hurtigere set fra afsenderens perspektiv, er ulempen, at det via telefoni er sværere at sikre, at modtageren forstår budskabet, præcis som afsenderen havde tiltænkt. Der er altså risiko for misforståelser.

På workshoppen udtrykte flere deltagere fra hospitalet, at skriftlighed er at foretrække, når der foretages en underretning, eller ærindet er at afgive oplysninger. Som nævnt er fordelene, at afsender ved skriftlige henvendelser opnår dokumentation heraf samt større sikkerhed for, at budskabet forstås som tiltænkt. Ulempen er, at det for afsenderen kan være mere tidskrævende at foretage en skriftlig underretning, frem for blot at ringe. Derudover er det en ulempe ved den skriftlige kommunikationsform, at der er tale om envejskommunikation, hvilket betyder, at modtageren ikke har den samme hurtige adgang til at stille uddybende spørgsmål. På dette punkt kan man argumentere for, at der ved skriftlig kommunikation er en større risiko for misforståelser end ved mundtlighed.

Hvis grænsen for, hvornår der foretages en underretning til Børn og familieafdelingen, skal sænkes, således at sundhedspersonalet underretter, så snart det er bekymret, kan det forudses, at især underretningerne vedrørende de "tidlige bekymringer" vil stige i antal. Disse tidlige bekymringer må formodes at være baseret på enkelte observationer, hvilket betyder, at de formentlig kan kommunikeres kortfattet. Hvis selve det at skulle bruge tid på skriftlighed opleves som en barriere for at underrette vedrørende et større antal af disse tidlige bekymringer, så kunne en model evt. være, at bekymringen

underrettes telefonisk til Børn og familieafdelingen. I givet fald kunne det aftales, at Børn og familieafdelingen i sin kvitteringsskrivelse medsender det notat, der er gjort vedrørende underretningen. Herved får underretteren dels dokumentation og dels lejlighed til at opdage eventuelle misforståelser. Denne løsning vil dog primært tilgodese afsenderen af underretningen, idet det er modtageren, der skal bruge tid på at skrive underretningen ned.

Et andet forhold, der taler imod telefoniske underretninger af tidlige bekymringer, er, såfremt bekymringen også skal fremgå af epikrisen til almen praksis og Sundhedsplejen. I givet fald skal personalet jo alligevel skrive bekymringen ned, og når den er nedskrevet, kan man med fordel sende samme tekst ud til de tre aktører – dog evt. i tre forskellige formater:

- ◆ Almen praksis: Elektronisk via MedComs epikrisemeddelelse (som i dag)
- ◆ Børn og familieafdelingen: Per brev (som i dag)
- ◆ Sundhedsplejen: Kopi af enten epikrise eller brev til Børn og familieafdelingen – sendt enten per brev eller elektronisk via MedComs korrespondance meddelelse.

I forlængelse af ovenstående diskussion anbefales det, at hospital, almen praksis og kommune i fællesskab udarbejder en fælles vejledning, der beskriver, hvilke kommunikationsmetoder (møder, skriftlig underretning, telefoni) der bør bruges i hvilke situationer. Herunder bør det beskrives, om underretninger altid bør være skriftlige – eller om telefoniske underretninger evt. kan bruges i nogle situationer.

11.4 Hvad bør man skrive i en underretning, og hvad bør man ikke skrive?

På workshoppen blev der taget udgangspunkt i en case omhandlende en underretning, hvor konteksten (familien) er opdigtet, men de formuleringer der bruges i casens underretning var autentiske. Casen handler om en lille dreng, som børneafdelingen er meget bekymret for, og som de derfor skriver gentagende underretninger på. Uddrag fra casen:

Der er nu meget tydelige tegn på, at Pelle mistrives hjemme, og børneafdelingen har hen over årene skrevet flere underretninger samt indkaldt til to stormøder med kommunen. I den seneste underretning gør børneafdelingen meget detaljeret rede for deres observationer under den seneste indlæggelse. Beskrivelsen indikerer omsorgssvigt og yderst begrænset forældreevne fra moderens side. Underretningen afsluttes på følgende måde:

"Vi vurderer, at Pelles velfærd og udvikling under de nuværende omstændigheder er stærkt truet. Børneafdelingen er yderst bekymret for, at Pelle efter udskrivelse skal opholde sig ved moderen og stedfaderen, der på ingen måde har vist forståelse og omsorg for Pelles situation. På baggrund af de ovenfor beskrevne observationer, vurderer vi, at moderens forældreevne er yderst begrænset, og at Pelles udvikling personligheds-mæssigt, psykosocialt og fysisk vil lide alvorlig skade ved fortsat samvær med moderen, hvor hun har ansvaret for ham. Vi mener, at det er absolut nødvendigt, at Pelle fjernes fra moderen, og at en kompetent voksen overtager ansvaret og omsorgen for Pelle på fuld tid."

I den sidste sætning anbefaler børneafdelingen altså Pelle fjernes fra hjemmet, og dette er en ny holdning i børneafdelingen, som for tre uger siden foreslog en lidt anden løsning:

"Det vurderes, at en løsning, gerne udenfor hjemmet, som ikke eller kun i begrænset omfang indebærer adskillelse mellem mor og barn, vil være optimal."

Formålet med casen var at få workshopdeltagerne til at drøfte, hvorvidt sundhedspersonalet bør foreslå løsninger – som i casen fx fjernelse fra hjemmet – og der var enighed om, at det bør sundhedspersonalet absolut ikke. En deltager fra Børn og familieafdelingen forklarede det på følgende måde:

"Hvis sygehuset fx anbefaler tvangsfjernelse, så er der allerede pisket en stemning op, som gør vores arbejde med familien umådelig vanskelig, for så er vi i forældrenes øjne de onde bødler, som straks vil tage barnet fra dem. Så langt det overhovedet er muligt, vil vi gerne have et konstruktivt samarbejde med familien, og et forslag om tvangsfjernelse kan være en kæp i hjulet for denne konstruktive dialog, for så er ånden ude af flasken, og forældrene kan ikke længere tænke på andet end den tvangsfjernelse. Sygehusets objektive observationer har rigtig stor værdi for os, men derfra vil vi gerne selv tage over med vores faglighed. Jeg tror heller ikke, læger ville bryde sig om, at vi ringede til dem og foreslog en bestemt behandling til en patient."

Citatet giver en beskrivelse af, hvordan sundhedspersonalets løsningsforslag skaber negative forventninger hos familien, og at dette vanskeliggør Børn og familieafdelingens videre arbejde. Tilsvarende budskab kom fra stort set alle grupper på workshoppen, og flere af dem var tillige inde på, at løsningsforslag også kan komme til at skabe en uheldig positiv forventning/krav fra familien om, hvad Børn og familieafdelingen bør stille i udsigt. Familien bliver så måske skuffet, hvis det efterfølgende viser sig, at Børn og familieafdelingen enten ikke er fagligt enig i anbefalingen, eller evt. mangler lov-hjemmel eller økonomi til at indfri forældrenes forventninger.

Lederne på hospitalet har længe forsøgt at indskærpe overfor medarbejderne, at de ikke bør foreslå løsninger i underretninger og på stormøder. Når det alligevel sker engang imellem, hænger det muligvis sammen med den føromtalte akutte tilgang i sundhedssektoren, og den utålmodighed dette paradigme medfører. Den tidligere foreslåede indsats hen imod større generel forståelse for og kendskab til hinandens tilgang, muligheder og vilkår vil formentlig bidrage til at mindske sundhedspersonalets tilbøjelighed til at foreslå løsninger.

Derudover bør der udarbejdes en vejledning i "den gode underretning", hvori det beskrives og eksemplificeres, hvordan en god underretning skrives. Nogle workshopdeltagere foreslog, at denne vejledning bør give konkrete anvisninger til, hvilken terminologi man med fordel kan bruge i underretninger. Derudover mente flere workshopdeltagere, at det i vejledningen bør understreges, at det vil styrke underretningen, hvis graden af ens bekymring specificeres, og bekymringen underbygges med konkrete og objektive observationer. I forhold til graden af bekymring kunne man eventuelt til vejledningen udarbejde en "bekymringsskala", så man på tværs af sektorer er enige om, hvad fx "stærkt bekymret" betyder. Det bør også præciseres i vejledningen, at underretninger om muligt altid bør gennemgås med forældrene. Hvis patienten allerede er udskrevet, når underretningen skrives, bør forældrene orienteres inden udskrivelsen om, at der sendes en underretning til Børn og familieafdelingen, og når den er skrevet, bør der sendes en kopi til forældrene.

Hvis gode underretninger har høj prioritet i den organisation, der underretter, vurderes det dog, at det ikke er gjort med en vejledning, som risikerer at samle støv på hylden. Der bør gøres en indsats for, at medarbejderne så faktisk efterlever vejledningen. Der kunne fx på hver afdeling udpeges en ressourceperson i skrivning af underretninger. Denne ressourcepersons rolle kunne være at yde konkret sparring, introducere nye medarbejdere til "den gode underretning" og i ny og næ give de gamle et brush-up til fx personalemøder. Endvidere kunne ressourcepersonerne på tværs af afdelinger fx halvårligt sætte sig sammen med en repræsentant fra Børn og familieafdelingen i en underretningsarbejdsgruppe for at drøfte den aktuelle standard i underregningerne. Repræsentanten fra Børn og familieafdelingen har måske medbragt eksempler på det sidste halve års hhv. gode og mindre gode underretninger,

og på baggrund af drøftelserne i arbejdsgruppen kunne vejledningen blive opdateret, og ressourcepersonerne ville have et tema for det næste brush-up.

På Regionshospitalets børneafdeling er det hele afdelingen, der underretter – ikke den enkelte medarbejder. Det kunne man også overveje at indføre på gynækologisk afdeling og i Sundhedsplejen.

11.5 Hvordan bør et stormøde afholdes?

På workshopen blev der taget udgangspunkt i en case om stormøder, hvor konteksten (familien) er opdigtet, men selve omstændighederne ved stormødet er autentiske. Omstændighederne bag casen var, at forældrene samt 12 fagpersoner på tværs af organisationer deltog i et stormøde om en lille familie med sociale vanskeligheder. Her er et uddrag af casen:

Ved stormødets begyndelse mangler børneafdelingens overlæge, og deltagerne afventer, til overlægen dukker op. Overlægen beklager forsinkelsen og byder velkommen til mødet. Der foreligger ingen dagsorden for mødet, men overlægen forklarer, at mødets formål er at indsamle informationer om de involverede parter observationer og indsatser, så børneafdelingen på denne baggrund kan skrive en underretning til kommunen. Der tages en runde, hvor Børn og familieafdelingen, Sundhedsplejen, familiehjemmehjælperen, ambulatoriet samt børneafdelingen hver især gør rede for deres respektive observationer samt de indsatser, der er gjort vedrørende Nicki. Efter runden takker overlægen de tilstedeværende for deres deltagelse, og mødet slutter hermed. Mødet varer i alt 22 minutter.¹⁷ Der skrives ikke referat fra mødet, men børneafdelingen laver efterfølgende en underretning til kommunens Børn og familieafdeling og udskriver Nicki dagen efter stormødet. Sundhedsplejen ser ikke underretningen, men Børn og familieafdeling, Sundhedsplejen og familiehjemmehjælperen har et par uger efter stormødet et internt kommunalt møde om familien. Her orienterer Børn og familieafdelingen om den indsats, der er iværksat.

Workshopdeltagerne var enige i, at casen rummede en række uhensigtsmæssigheder, og på workshopen fremkom der en række forslag til rammerne for og afviklingen af afholdelse af stormøder. Disse forslag er samlet i Bilag 5 og handler blandt andet om mødets formål, længde, deltagerantal og ordstyrer. Det anbefales, at der arbejdes videre med konkretisering af disse forslag, og at dette arbejde munder ud i en vejledning om "det gode stormøde". Man kunne med fordel lave en samlet vejledning vedrørende underretninger og stormøder og også udvide de førromtalte ressourcepersoners opgave til at være ressourcepersoner for både "den gode underretning" og "det gode stormøde". I givet fald ville det være oplagt på de halvårige møder mellem afdelingernes ressourcepersoner og repræsentanten fra Børn og familieafdelingen også at drøfte gode og dårlige eksempler på stormøder.

11.6 Hvordan sikres koordineringen, når en sårbar familie er identificeret?

Indtil nu har denne rapport handlet mest om, hvordan en sårbar familie identificeres, og hvordan man som sundhedsperson overleverer sine observationer til Børn og familieafdelingen, samt om behovet for øget dialog mellem hospitalssektoren og den kommunale sundhedspleje. Disse emner er vigtige, men det er lige så vigtigt, at parterne formår at samarbejde i sager, hvor den sårbare familie allerede er identificeret, og hvor der er behov for koordinering af forskellige initiativer, idet socialfaglig støtte til en familie i mange tilfælde er ganske langvarig. Dette skal selvfølgelig ske under hensyntagen til overholdelse af tavshedspligt og indgåelse af samtykke fra familierne om udveksling af oplysninger. Dette er allerede indgået i tidligere afsnit, hvorfor det ikke vil blive taget op i det efterfølgende.

¹⁷ Selvom casen er autentisk, er netop dette aspekt – de 22 minutter – opdigtet, idet vi ikke fik spurgt kilden til casen om, hvor lang tid mødet tog.

En række af aktører er i kraft af deres funktion i kontakt med disse sårbare familier. Det er eksempelvis tilfældet for: Praktiserende læger, Sundhedsplejen, daginstitutioner, skoler, fritidstilbud og evt. også børneafdelingen eller gynækologisk afdeling på hospitalet. Alle disse aktører har isoleret viden om familiens sociale problemer og forsøger måske også hver især at støtte familien. Ofte vil Børn og familieafdelingen tillige være koblet på familien og har muligvis gang i en række udredninger og foranstaltninger. Der kan altså sagtens være iværksat en række foranstaltninger og støttende aktiviteter til den enkelte familie, men mange af workshopdeltagerne efterlyser, at disse aktiviteter koordineres i højere grad, end det sker i dag. Én af workshopdeltagerne udtrykker det på følgende måde:

"Vi er rigtig mange involveret i de her sager, og jeg tror faktisk på, at en tværfaglig indsats, hvor alle parter bidrager med hver deres, er en rigtig god idé, men problemet er, at vi hver især går rundt med skyklapper på. Alle gør deres, men ingen ved, hvad den anden gør. Der er ingen samling – ingen koordinering. Hvem gør hvad hvornår? Overblikket mangler fuldstændig. Vi burde komme derhen, hvor vi fungerer som et team – på tværs af faggrupper og sektorer."

Randers Kommune har for nyligt udviklet en intern samarbejdsmodel, som netop sigter på at løse nogle af disse udfordringer vedrørende manglende koordinering. Samarbejdsmodellen lægger blandt andet op til faste møder i tværfaglige grupper (skole, dagtilbud, sundhedspleje osv.), og vurderes at være et godt skridt i den rigtige retning. Udover tværfaglige koordineringsmøder, efterlystes der på workshoppen, at der udpeges en medarbejder, der har ansvaret for den fremtidige koordinering af indsatsen, og som samtidig kan være kontaktperson for øvrige aktører. Nogle af workshopdeltagerne talte således for en mere entydig indgang til kommunen i sager om børn fra sårbare familier. En kontaktperson kunne være denne entydige indgang. En mulig løsning på koordineringsproblemerne kunne altså være en kombination af den nyligt implementerede samarbejdsmodel i Randers Kommune og en entydig placering af rollen som koordinerings- og kontaktperson.

Selvom Randers Kommunes samarbejdsmodel primært sigter på koordinering mellem de kommunale aktører (skole, daginstitution, sundhedspleje osv.), er der i modellen åbnet op for, at fx familiens praktiserende læge kan deltage i relevante møder. Randers Kommune har dog erfaring for, at det kan være vanskeligt – trods honorering – at få praktiserende læger med til denne type møder. I de tilfælde, hvor den praktiserende læge vælger ikke at deltage, bør det derfor overvejes, at man indhenter samtykke til at sende et kort resumé af referatet fra møderne til den praktiserende læge. I resuméet bør det specificeres, hvem der er koordinerings- og kontaktperson for familien. Det foreslås i den forbindelse, at notatet sendes fra Sundhedsplejens journalsystem via MedComs korrespondancemeddelelse til lægens EPJ system. Praktiserende læger foretrækker denne form for elektronisk kommunikation, fordi resuméet derved automatisk bliver arkiveret i patientens elektroniske journal.

I forhold til børneafdelingen er Randers Kommunes samarbejdsmodel muligvis relevant vedrørende børn, som børneafdelingen følger igennem en længere periode i regi af børneafdelingens ambulatorium – fx børn med astma eller sukkersyge. Hensigtsmæssigheden i og de lovgivningsmæssige muligheder for i disse tilfælde at invitere en repræsentant fra børneafdelingen med til de tværfaglige koordineringsmøder bør undersøges og herefter drøftes nærmere mellem parterne. Igen kunne alternativet være et resumé af referatet fra mødet. I forhold til indlagte børn er børneafdelingen jo typisk kun involveret kortvarigt, og derfor er koordineringsmøderne måske mindre relevante. Koordinator- og kontaktpersonordningen vurderes derimod som særdeles relevant for børneafdelingen i forbindelse med de igangværende sager om sårbare familier.

I forhold til gynækologisk afdeling vurderes samarbejdsmodellen som mindre relevant, for samarbejdsmodellen sigter ikke mod samarbejde om gravide. Flere workshopdeltagere påpegede, at der i forhold til de sårbare gravide og det helt spæde barn ligeledes er et stort udækket koordineringsbe-

hov. Forløbet er per definition langt kortere og mere intenst, men involverer også mange parter – herunder praktiserende læge, jordemoder, barselsafdeling, Sundhedsplejen samt evt. foranstaltninger i regi af Børn og familieafdelingen. På workshoppen blev der fra flere sider ytret et stort ønske om udvikling af en samarbejdsmodel, som har et langt større koordinerende element i forhold til de gravide. Der blev imidlertid ikke anvist nogen konkrete løsninger på workshoppen, så også her er der behov for udvikling.

12. Opsummering af analysen

I Tabel 6 er der foretaget en skematisk opstilling af barrierer/udfordringer samt de tilhørende løsninger, der er foreslået i denne rapport. Det fremgår af Tabel 6, at workshoppen har bidraget til identifikation af en lang række barrierer for og udfordringer ved det nuværende samarbejde om børn fra sårbare familier i Randers. Det fremgår samtidig af tabellen, at workshopdeltagerne i høj grad har været i stand til at pege på en række konkrete løsninger på disse barrierer og udfordringer. Der peges blandt andet på behovet for udvikling af en række vejledninger, og på at der bør arrangeres tværororganisatoriske temadage, workshops ol.

Det anbefales derfor, at parterne igangsætter en beslutningsproces med hensyn til en afklaring af, hvilke løsningsforslag der bør arbejdes videre med udviklingen af. Det foreslås, at udarbejdelsen af disse løsningsselementer beskrives i en overordnet samarbejdsaftale mellem sektorerne. Denne samarbejdsaftale kunne så blive en del af sundhedsaftalerne og dermed forpligte parterne.

Mere konkret kan det foreslås, at der etableres et tværororganisatorisk udviklingsprojekt, hvortil der knyttes dels en styregruppe (bestående af relevante ledere) og dels en lille og effektiv projektgruppe med fx ét medlem fra hver organisation. Det er i den forbindelse vigtigt, at lederne af afdelingerne er opmærksomme på, at udviklingsprojektet prioriteres således, at styregruppen vedholdende sikrer, at projektgruppens medlemmer får tid til at arbejde med projektet.

Tabel 6. Samarbejde om børn fra sårbare familier: Barrierer/problemer og løsninger.

Afsnit	Udfordring / barriere	Anbefaling
12.1	Svært at afgøre om man bør være bekymret	Vejledning samt undervisning i faresignaler/opmærksomhedspunkter. Herunder evt. konkrete anbefalinger til handlemåder i ved bestemte sagstyper.
12.1	Den svære dialog med familien	Der bør iværksættes foranstaltninger i afdelingerne, der støtter medarbejderne i at gennemføre den svære samtale. Herunder fx: - nye bekymringer drøftes fast på afd. møder - faglig sparring og supervision - ressourceperson (sparring, undervisning mv.)
12.1	Tidspres	Ledelsesmæssig prioritering af opgaven at identificere alle typer børn fra sårbare familier – herunder også de familier, hvor der er grund til tvivl.
12.1	Tvivl om, hvorvidt kommunen overhovedet handler på underretninger.	På det generelle plan: Mere kendskab til og forståelse for hinanden gennem fx tværsektorielle temadage, workshops, studieture ol. På det konkrete plan: Mere åbenhed gennem brug af samtykke (fx efter § 44) og ved en vejledning om informationsudveksling.
12.1	Handlemuligheder uoverskuelig: Hvad kan kommunen tilbyde?	Vejledning der skaber overblik over tilbud suppleret med en kommunal stifinder, som sundhedspersonalet kan ringe til.
12.2	Sundhedsplejen informeres ikke hyppigt nok om indlæggelser på børneafdelingen, og får heller ikke altid at vide, når hospitalet er bekymret for et barn eller en gravid.	Fælles afklaring af, hvordan hospital og Sundhedsplejen i fremtiden kan blive bedre til at udveksle informationer og til at bruge hinanden i indsatsen overfor sårbare børn.
12.3	Uklart hvornår hvilke kommunikationsformer er hensigtsmæssige. Bør alle underretninger fx være skriftlige, eller kan man lave mundtlige underretninger ved "tidlige bekymringer"?	Vejledning om kommunikationsformer.
12.4	Fælles afklaring om "den gode underretning": Altid skriftlig eller kan telefonisk accepteres ved tidlige bekymringer? Hvordan skriver man en god underretning? Hvad bør man ikke skrive i en underretning. Osv.	Vejledning samt ressourceperson (sparring, undervisning og introduktion af nye medarbejdere samt opdatering af vejledningen).
12.5	Fælles afklaring om "det gode stormøde".	Vejledning samt ressourceperson - jf. i øvrigt ovenfor.
12.6	Hvordan sikres koordinering omkring det sårbare barn?	Brug af Randers Kommunes samarbejdsmodel kombineret med udpegning af koordinerings- og kontaktpersoner.
12.6	Hvordan sikres koordinering omkring den sårbare gravide?	Løsning bør udarbejdes i fællesskab.

Bilag 1 – Projektgruppen

Projektgruppen har foruden DSI's medarbejdere bestået af:

Randers Kommune:

- ♦ Sundhedschef Bo Skovgaard (formand) (udtrådt sommeren 2008)
- ♦ Sundhedschef Lene Jensen (formand) (indtrådt sommeren 2008)
- ♦ Sundhedsplejeleder Jonna Bohlbro, Sundhedsplejen (udtrådt i foråret 2008)
- ♦ Konstitueret sundhedsplejeleder Kirsten Bugge (indtrådt i efteråret 2008)
- ♦ Sundhedskordinator Inger Kruse Andersen, Randers Sundhedscenter
- ♦ Chef for Børn og familieafdelingen Sonja Møgelsvang.

Regionshospitalet Randers:

- ♦ Oversygeplejerske Bente Fogh, børneafdelingen, Regionshospitalet Randers
- ♦ Antropolog Marit Nørregaard Petersen fra kvalitets- og forskningsafdelingen (indtrådt februar 2008 – udtrådt efteråret 2008)
- ♦ Chefjordemoder Sidsel Arnfred, jordemodercentret (udtrådt sommeren 2008)
- ♦ Vicechefjordemoder Lone Neumann (indtrådt efteråret 2008).

Regionens repræsentant:

- ♦ Ingeborg Christensen, Afdelingen for Regionalt sundhedssamarbejde (deltog efter anmodning fra Region Midtjylland, men trak sig ud af projektgruppen efter ét møde i februar 2008 – grundet tidspres).

Bilag 2 – Uddrag fra serviceloven vedrørende underretning

LBK nr. 979 af 01/10/2008.

§ 153. Velfærdsministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte.

Stk. 2. Velfærdsministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte regler om underretningspligt for andre grupper af personer, der under udøvelse af deres erhverv får kendskab til forhold, som bevirker, at der kan være anledning til foranstaltninger efter denne lov.

Stk. 3. Velfærdsministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af deres tjeneste eller hverv får kendskab til vordende forældre med problemer, der giver formodning om, at barnet vil få behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen. Velfærdsministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte tilsvarende regler for andre grupper, der under udøvelsen af deres erhverv får kendskab til sådanne forhold.

Stk. 4. Velfærdsministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte regler, hvorefter

- 1) praktiserende læger, speciallæger og andre, der virker inden for social- og sundhedsvæsenet, kan videregive oplysninger om børn og unge under 18 år med nedsat synsfunktion til Kennedy Centret, for at klinikken kan varetage sine behandlingsmæssige og administrative aktiviteter, og
- 2) Kennedy Centret kan videregive de oplysninger, der er nævnt i nr. 1, til social-, sundheds- og undervisningsmyndigheder for at sikre, at nødvendige foranstaltninger til afhjælpning af nedsat synsfunktion kan iværksættes.

§ 154. Den, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen.

Kilde: <https://www.retsinformation.dk/>

Bilag 3 – Bekendtgørelse 1336 af 30. november 2007

Bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service

I medfør af § 153, stk. 1-3, i lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 1117 af 26. september 2007, fastsættes:

§ 1. Følgende personer har pligt til at underrette kommunen, når de i deres virke bliver bekendt med forhold for et barn eller en ung under 18 år, der må give formodning om, at barnet eller den unge har behov for særlig støtte, eller når de i deres virke får kendskab til vordende forældre med problemer, der giver formodning om, at barnet vil få behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen.:

- 1) Offentligt ansatte og andre med offentlige hverv,
- 2) læger, der ikke er omfattet af nr. 1,
- 3) ansatte ved frie grundskoler og frie kostskoler,
- 4) personer, der er beskæftiget ved dag, fritids- og klubtilbud drevet som selvejende eller private tilbud efter aftale med kommunalbestyrelsen jf. dagtilbudslovens § 19, stk. 3, § 52, stk. 3 og 4 og § 66, stk. 3 og 4, privatinstitutioner godkendt af kommunen efter dagtilbudslovens § 19, stk. 4, privat dagpleje efter dagtilbudslovens § 21, stk. 3, private pasningsordninger oprettet efter dagtilbudslovens § 78, privat pasning med økonomisk tilskud efter dagtilbudslovens § 80 samt puljeordninger efter dagtilbudslovens § 101 og § 102 og
- 5) personer, der er beskæftiget ved opholdssteder, familiepleje, krisecentre, behandlingstilbud eller andre private tilbud, der for det offentlige udfører opgaver rettet mod personer med sociale eller andre særlige problemer.

§ 2. Underretningspligten efter § 1 foreligger, når

- 1) barnet eller den unge har vanskeligheder i forhold til de daglige omgivelser, skolen eller samfundet eller i øvrigt lever under utilfredsstillende forhold,
- 2) der er behov for støtte på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, eller
- 3) forholdene hos vordende forældre giver formodning for, at barnet efter fødslen vil få vanskeligheder i forhold til de daglige omgivelser, eller i øvrigt vil leve under utilfredsstillende forhold.

Stk. 2. Underretningspligten indtræder, når der ikke er rimelig mulighed for gennem egen virksomhed i tide at afhjælpe vanskelighederne, herunder gennem rådgivning og vejledning af forældrene og barnet eller den unge samt gennem dialog og samarbejde eventuelt med henblik på inddragelse af kommunen.

Stk. 3. Ved vurderingen af, om der skal foretages underretning, må det tages i betragtning, at kommunalbestyrelsen skal sørge for

- 1) at enhver har mulighed for gratis rådgivning, jf. lovens § 10,
- 2) at vordende forældre, forældre eller andre, der faktisk sørger for et barn eller en ung, kan få en gratis familieorienteret rådgivning, jf. lovens § 11,
- 3) at personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer kan få tilbud om gratis rådgivning, jf. lovens § 12, og
- 4) at yde støtte, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til et barns eller en ungs særlige behov for støtte, jf. lovens § 52.

§ 3. Bekendtgørelsen træder i kraft den 15. december 2007. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 1173 af 10. oktober 2007.

Velfærdsministeriet, den 30. november 2007

Karen Jespersen

/Nina Eg Hansen

Bilag 4 – Opmærksomhedspunkter i forhold til sårbare familier

Det anbefales i afsnit 11, at der udarbejdes en guide og/eller undervisning, der skal støtte hospitalspersonalet i vurderingen af, om et barn eller gravid er sårbar. I denne forbindelse kan nedenstående bruges som inspiration.

I forbindelse med karakteristikken af en sårbar familie (jf. afsnit 6) blev der defineret følgende opmærksomhedspunkter:

- ♦ Medicinsk behandling er ikke nødvendig.
- ♦ Eventuelle undersøgelser er normale.
- ♦ Akut indlæggelse, som virker ubegrundet, indlæggelsen kan evt. være forudgået af mange tidligere indlæggelser.
- ♦ Børneafdelingens psykolog har været i kontakt med barnet/familien.
- ♦ Forældre har søgt om at få psykologhjælp.
- ♦ Der har været en familiekonsulent i hjemmet.
- ♦ Konflikter i hjemmet (forældrene skændes meget indbyrdes eller meget med barnet).
- ♦ Der er alkohol- og/eller andre misbrugsproblemer i hjemmet.
- ♦ Aleneforældre (alenemor eller alenefar).
- ♦ Flere end to børn.
- ♦ Skiftende samlevende/partnere.
- ♦ Barnet har forsøgt selvmord.

På workshoppen blev der derudover defineret følgende opmærksomhedspunkter:

- ♦ Dårlig relation mor/barn/far.
- ♦ Forældrene er ikke i stand til at tilsidesætte egne behov.
- ♦ Det kniber med at dække barnets basale behov.
- ♦ Dårligt parforhold.
- ♦ Belastende oplevelser tidligere i livet – vold/misbrug o.a.

Bilag 5 – Forslag vedrørende stormøder

På workshopen fremkom der en række forslag til rammerne for og afviklingen af afholdelse af stormøder. Disse forslag er gengivet nedenfor:

- ♦ **Formål:** På workshopen nåede man ikke helt til bunds med stormøders forskellige formål, men ofte ses stormødets formål som en brobygger eller overlevering af viden og ansvar fra hospitalet til Børn og familieafdelingen. Mødet kan også have en koordinerende funktion og/eller have til formål at sikre, at alle aktører har samme opfattelse af en sag. Et stormøde skal ikke nødvendigvis bruges til at drøfte løsninger, for dels er det muligvis alt for tidligt i processen, og dels kan Børn og familieafdelingen på mødetidspunktet have behov for og interesse i at være tilbageholdende med løsningerne. Et stormøde må ikke – som i casen – have til formål at samle sammen til en underretning. En underretning fra fx hospitalet skal baseres på de hospitalsansattes egne observationer – ikke andres. Det vurderes, at der er et behov for yderligere fælles afklaring af, hvilke forskellige formålstyper der kan være til et stormøde.
- ♦ **Hvem indkalder til mødet?** I samarbejdet mellem børneafdelingen på Regionshospitalet Randers (RHR) og Børn og familieafdelingen i Randers Kommune (RK) er der skabt præcedens for, at RHR indkalder RK til stormøde. I Horsens Kommune (HK) er der en anden tilgang, for da er det HK, der indkalder RHR til stormøder, når HK har et behov for overlevering, uddybning eller koordinering. Det bør afklares, om det fortsat er RHR der bør tage initiativ til stormøder, eller om der måske er sagstyper, hvor initiativet i stedet bør overlades til RK.
- ♦ **Deltagerantal:** Bør af hensyn til familien og af respekt for samarbejdspartners tidsforbrug begrænses mest muligt. Fem til seks personer anses som et optimalt deltagerantal. Det bør overvejes, hvilke personers deltagelse der er nødvendig, og hvad disse deltagere skal bidrage med under mødet. Der bør kun komme én repræsentant fra hver relevant organisation. Ved afbud bør organisationen sende en substitut, der på forhånd har sat sig ind i sagen. Det bør overvejes, om relevante pårørende til familien bør inviteres med. Hvis hverken barnets mor eller far deltager i mødet, skal der indhentes samtykke til, at de professionelle kan mødes og udveksle oplysninger.
- ♦ **Dagsorden:** Dagsordenen bør udsendes af den der indkalder til mødet i så god tid før mødet som muligt. Mødets formål skal fremgå af dagsordenen, og derudover bør forventningerne til de enkelte mødedeltagere fremgå. Det bør overvejes, om man i fællesskab kan udarbejde en skabelon for stormødedagsordener, som den, der indkalder til mødet, kan tage udgangspunkt i og tilpasse til det konkrete møde.
- ♦ **Mødets længde:** Når man samler en flerhed af deltagere, bør mødet have en vis varighed og 22 minutter som i casen er helt klart for lidt.¹⁸ Ved møder af mere end 60 minutters varighed, bør der, ikke mindst af hensyn til familien, indlægges en kort pause. Mødets længde bør fremgå af dagsordenen.
- ♦ **Ordstyrer:** Der bør være en ordstyrer på mødet, som indleder mødet og som sikrer, at mødet afholdes professionelt. Hvis mødet har karakter af overlevering fra fx hospitalsafdelingen til Børn og familieafdelingen, så kan man godt dele mødet op i to dele, hvor en repræsentant fra hospitalet er ordstyrer på første del, og en repræsentant fra Børn og familieafdelingen er ordstyrer på anden del. Ordstyrerens opgave er at sikre, at alle bidrager med det, de skal, og ikke mindst at familien løbende under mødet får mulighed for at komme til orde.

¹⁸ Selvom casen er autentisk, er netop dette aspekt – de 22 minutter – som tidligere nævnt opdigtet, idet vi ikke fik spurgt kilden til casen om, hvor lang tid mødet tog.

- ♦ **Fremadrettet perspektiv og koordinator:** Det bør på mødet skitseres, hvad det fremadrettede perspektiv er. Som nævnt er det ikke sikkert, at der allerede på mødet kan tales om løsningsmuligheder – endsige træffes beslutning om en given løsning. Men i hvert fald bør der skitseres, hvad den fremtidige proces er ift. at komme frem til en løsning. Der bør på mødet udpeges en koordinator, som er ansvarlig for den fremtidige proces, og som alle i fremtiden kan rette henvendelse til. Koordinatoren vil typisk være en medarbejder fra Børn og familieafdelingen.
- ♦ **Konklusioner:** Ordstyreren bør til sidst på mødet tage initiativ til, at mødets konklusioner opsummeres. Familien bør få mulighed for at få "det sidste ord" og kommentere på opsummeringen.
- ♦ **Referat:** Ordstyreren bør afklare i begyndelsen af mødet, hvem der skriver referat. Om muligt bør referatet skrives af den fremtidige koordinator. En af workshoppenes deltagere har i en anden sammenhæng haft gode erfaringer med, at referatet skrives direkte under mødet, så i hvert fald familien kan få referatet med sig hjem. Alternativt udsendes referatet umiddelbart efter mødet. Hvis ingen melder sig som referent, skrives referatet af ordstyreren selv.

