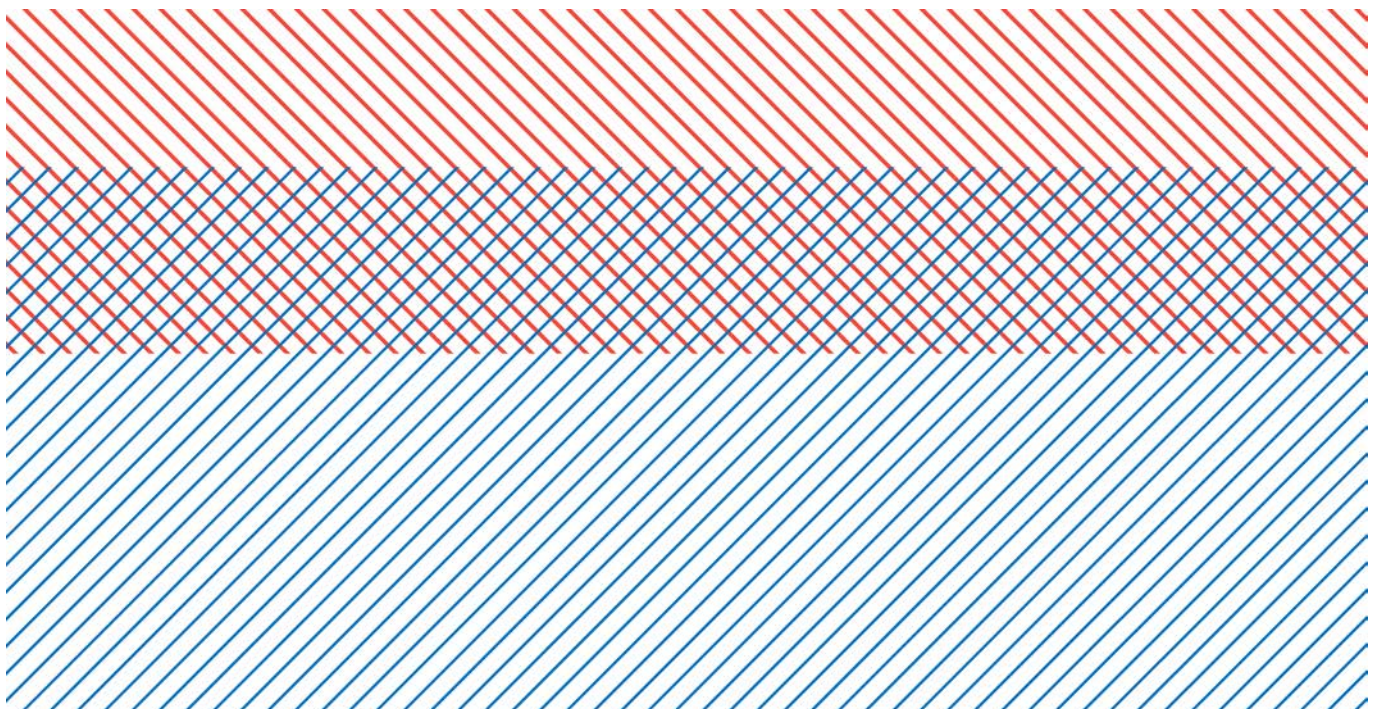


Resultatresumé

Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram

Evaluering af implementering, udvikling og omkostninger ved
Kærlighed i Kaos, Parent Management Training Oregon og
mentor-støttekontaktpersonsindsats



Luna Kragh Andersen & Christoffer Scavenius

*Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram –
Evaluering af implementering, udvikling og omkostninger ved Kærlighed
i Kaos, Parent Management Training Oregon og mentor-
støttekontaktpersonsindsats Version 2*

© VIVE og forfatterne, 2018
e-ISBN: 978-87-7119-515-6
Projekt: 100656

VIVE – Viden til Velfærd
Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K
www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Indhold

1	ADHD – en udbredt udfordring hos børn og unge.....	4
2	Tre indsatser til ADHD-lignende udfordringer	5
2.1	Kærlighed i Kaos (KiK).....	5
2.2	Parent Management Training – Oregon (PMTO)	5
2.3	Mentor-støttekontaktpersonsordning (M-SKP)	6
3	Implementeringen af de tre indsatser	7
3.1	KiK.....	8
3.2	PMTO.....	9
3.3	M-SKP	11
4	Forældrenes, børnenes og de unges udvikling	13
4.2	Karakteristik af deltagerne før indsatserne	14
4.3	Deltagernes udvikling: KiK og PMTO	15
5	Omkostningsevaluering.....	19
5.1	Business cases	19
5.2	Omkostningsvurderingens elementer	20
5.3	Omkostninger ved indsatserne	21
6	Konklusion og perspektiver	24
	Litteratur	25

1 ADHD – en udbredt udfordring hos børn og unge

ADHD og ADHD-lignende udfordringer er nogle af de mest udbredte former for psykiske problemer hos børn og unge (Dick & Ferguson, 2015). Forskning finder, at diagnosen kan stilles hos mindst 5 pct. af en børneårgang, hvilket svarer til 1-2 børn i hver skoleklasse (Polanczyk m.fl., 2007, 2014; Thomas m.fl., 2015; Willcutt, 2012). Samtidig er ADHD og ADHD-lignende udfordringer forbundet med negative konsekvenser, som har både en personlig pris og en samfundsmæssig pris, som fx behov for ekstra støtte i skolen eller særlige skoletilbud, forøget brug af sundhedsydelser og sociale ydelser og tabt arbejdsfortjeneste (Birnbaum m.fl., 2005; Daley m.fl., 2015). Andre undersøgelser viser, at adfærdsproblemer i barndommen og ungdommen kan have implikationer for livskvaliteten helt ind i voksenlivet. Det drejer sig fx om øget risiko for stofmisbrug og kriminalitet, svagere tilknytning til arbejdsmarkedet, et problempræget forhold til egne børn samt angst, depression og tidlig død (Loeber & Burke, 2011; Skogen & Torvik, 2013).

I dag betragtes ADHD som en udviklingsforstyrrelse, som i mange tilfælde fortsætter ind i voksenlivet, men mestringsfremmende indsatser kan hjælpe forældre, børn og unge til bedre at håndtere symptomer på ADHD samt følgevanskeligheder (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004; McCoy m.fl., 1999; Nix m.fl., 1999; Patterson m.fl., 1998). Denne udgivelse er baseret på udgivelsen "Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram – Implementering, udvikling og omkostninger ved Kærlighed i Kaos, Parent Management Training Oregon og mentorstøttekontaktpersonsindsats" (Scavenius m.fl., 2018).

Evalueringen har til formål at frembringe viden om tre indsatser rettet mod børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende symptomer; forældretræningsprogrammerne Kærlighed i Kaos (KiK) og Parent Management Training Oregon med en udvidelse til at håndtere problemer hos unge, herunder unge med ADHD (PMTO), samt Mentor- og støttekontaktpersonsordningen (M-SKP) rettet mod unge.

Evalueringen omhandler KiK, PMTO og M-SKP forløb gennemført i perioden maj 2016 til november 2017. KiK og PMTO er begge manualbaserede og velafprøvede indsatser, mens M-SKP derimod er en ny indsats, som udvikles og afprøves i projektperioden.

Denne udgivelse er en forkortet udgave af den samlede evaluering (Scavenius m.fl., 2018). Her opsummeres centrale pointer omkring 1) implementering af indsatserne, 2) deltageres udvikling og 3) omkostninger ved indsatserne. Udgivelsen er bygget op omkring dette tredelte fokus.

2 Tre indsatser til ADHD-lignende udfordringer

I det følgende beskrives kort de tre indsatser, der evalueres i denne undersøgelse, som er forskellige mht. målgruppe, kursusindhold, organisering og forankring.

2.1 Kærlighed i Kaos (KiK)

KiK retter sig mod forældre til børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder i alderen 3-9 år og gives som gruppeforløb med en varighed på 12 uger. Det er ikke et krav, at barnet har diagnosen ADHD. KiK har fokus på forældrene med det formål at gøre dem i stand til at ændre deres barns adfærd i hjemmet. Forløbene giver forældrene viden om ADHD og værktøjer, de kan bruge til at håndtere barnets adfærd på en mere hensigtsmæssig måde. Kurserne udbydes af ADHD-foreningen, og undervisningen varetages af professionelle frivillige trænere, der har gennemgået en træneruddannelse udviklet af ADHD-foreningen. Indholdet på kurserne omhandler tre tematikker: undervisning i årsagerne til barnets adfærd (viden om ADHD), positiv kommunikation og forebyggelse og håndtering af konflikter. Der er som nævnt udviklet en manual til KiK og tilhørende undervisningsmateriale, som trænerne uddannes i at bruge for at sikre kursernes ensartethed og kvalitet.

I denne undersøgelse gennemfører ADHD-foreningen tre runder med KiK-forløb, der består af tre, seks og fem forældretræningsforløb, dvs. 14 forløb i alt. På hvert af de 14 forløb deltager 6-7 forældrepar. Det er et krav i KiK, at forældrene deltager parvis. Hvis en forælder er eneforsørger, kan vedkommende deltage sammen med en anden voksen, som er tæt på barnet, fx en bedstemor eller en ny kæreste.

2.2 Parent Management Training – Oregon (PMTO)

PMTO retter sig mod den enkelte familie, som deltager i individuelle forløb. Målgruppen er forældre til børn og unge mellem 3 og 18 år med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder. Kurset gives af en certificeret terapeut, og fokus er ligesom i KiK på forældrene, da gode forældrekompetencer anses for at være en afgørende faktor for at ændre barnets adfærd (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004). Sessionerne varer en time og afholdes ca. hver uge. Længden af et PMTO-forløb kan variere, men et forløb indeholder i gennemsnit 23 sessioner fordelt over 7 måneder (Socialstyrelsen, 2017). På kurset gennemgår forældrene fem områder, der handler om positiv forældrepraksis: opmuntring og opbakning ift. evner (positiv bekræftelse), effektiv disciplin (brug af milde sanktioner), monitorering (overblik over aktiviteter), problemløsning (forhandling og etablering af regler) og positiv involvering (investering af tid og planlægning af aktiviteter) (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004). Der bliver undervist i de fem forældrepraksisser i en fastlagt rækkefølge, da de bygger oven på hinanden. Rollespil er et centralt redskab i PMTO-kurserne. Mellem sessionerne løser familierne hjemmeopgaver med udgangspunkt i udleveret materiale, og der er telefonkontakt mellem familien og terapeuten som hjælp til at udføre hjemmeopgaverne og som middel til at opretholde engagement og deltagelse i familien.

De PMTO-indsatser, der evalueres i dette notat, udbygger eksisterende PMTO-indsatser fra at have fokus på familier med børn med adfærdsvanskeligheder til også at kunne inkludere ældre målgrupper med ADHD. I det følgende omtaler vi den udbyggede PMTO-indsats som *PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd* eller blot som *PMTO*. PMTO er en programbaseret behandlingsindsats, og manualen til PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd er under udarbejdelse af VIA University College. I denne undersøgelse udbydes

PMTO af Aarhus, Herning, Holstebro, Furesø og Skive Kommune, der selv ansætter og uddanner PMTO-terapeuterne. Indsatsen er kommunalt forankret i modsætning til KiK, som udbydes af ADHD-foreningen og bygger på frivillige trænere. I PMTO visiteres deltagerne som udgangspunkt til indsatsen af en kommunal sagsbehandler.

2.3 Mentor-støttekontaktpersonsordning (M-SKP)

Fordi M-SKP-modellen er under udvikling, er anbefalingerne i modellen overordnet formuleret. Det gør det muligt for de deltagende kommuner at bruge anbefalingerne på en måde, som passer med kommunens organisering og rammer, og som passer til den enkelte unge. Under afprøvningsperioden, som denne evaluering beskæftiger sig med, bestod modellen af 21 konkrete anbefalinger fordelt på to hovedelementer: mentors kompetencer og de organisatoriske tiltag, der kan støtte mentor i opgaveløsningen. Den endelige indsats består af 15 anbefalinger.

M-SKP-indsatsen retter sig mod unge i alderen 12-23 år med udadreagerende adfærd – herunder som følge af ADHD. Det er ikke afgørende for deltagelse, at den unge har fået stillet diagnosen ADHD. Indsatsen gives som et individuelt forløb, der minimum varer 3 måneder, og som varetages af en mentor, en kontaktperson eller en støttekontaktperson (mentorer bruges som fællesbetegnelse). Mentoren kan enten være professionel i en kommune, hos en anden aktør eller frivillig. I denne undersøgelse udvikles og afprøves M-SKP af Faaborg-Midtfyn, Odsherred og Næstved Kommune i samarbejde med Socialt Udviklingscenter SUS & Implement Consulting Group.

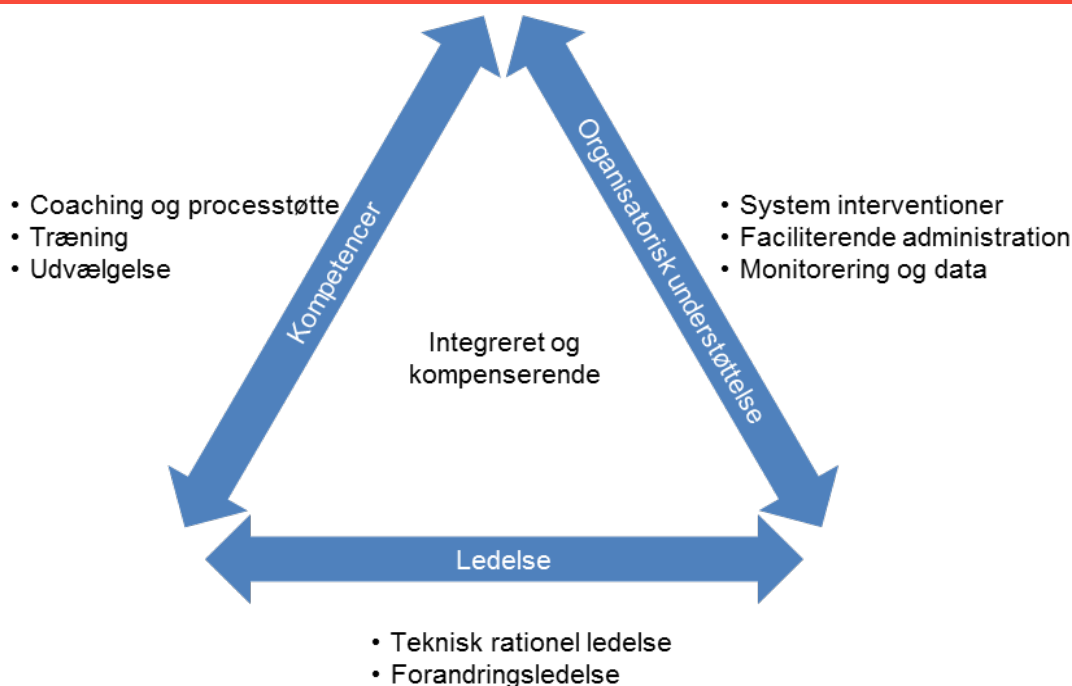
3 Implementeringen af de tre indsatser

Implementeringsanalysen har to overordnede formål:

1. At belyse, hvilke barrierer og muligheder der kan opstå under implementeringen af henholdsvis PMTO, KiK og M-SKP, samt hvordan eventuelle vanskeligheder ved implementeringen kan håndteres.
2. At undersøge fideliteten og dermed vurdere, i hvor høj grad det er lykkedes at implementere indsatserne efter forskrifterne.

Implementeringsanalysen tager udgangspunkt i implementeringstrekanten, udviklet i Fixsen m.fl. (2005), som ses i Figur 3.1. Implementeringstrekanten tager udgangspunkt i tre overordnede implementeringsdrivkræfter: ledelse, kompetencer og organisatorisk understøttelse. Implementeringsdrivkræfterne er motoren bag ændringer. De er dynamiske og interagerer med hinanden. Ifølge Fixsen m.fl. (2005) kan drivkræfterne til en vis grad anvendes kompensatorisk, men det er væsentligt at fokusere på alle tre drivkræfter, hvis implementeringsprocessen skal blive succesfuld.

Figur 3.1 Implementeringstrekant.



Kilde: Fixsen (2005).

Implementeringsevalueringen bygger på interview med ledere og behandlere for hver af de tre indsatser og har fokus på at belyse organisatoriske og ledelsesmæssige forhold med betydning for implementeringen af indsatserne (herunder motivation og ejerskab samt forberedelse og løbende tilpasning af organisationen), kompetenceopbygning af behandlerne (herunder rekruttering af behandlere og uddannelse i metoderne), samt arbejdet med indsatserne i praksis (herunder visitation og rekruttering af deltagere samt brugen af metoder og manualer).

Metodeboks 3.1

Telefoninterview

Vi har gennemført en implementeringsevaluering, der tager udgangspunkt i interview med ledere og behandlere fra de tre indsatser. Interviewene er gennemført som telefoninterview med de personer, der har ledet implementeringen af henholdsvis KiK, PMTO og M-SKP, samt de behandlere (trænere /terapeuter/kontaktpersoner), som har udført indsatserne i praksis. Interviewene er gennemført som enkeltinterview.

I alt har 2 ledere fra ADHD-foreningen deltaget i forbindelse med KiK, og 4 ledere fra 4 forskellige kommuner har deltaget i forbindelse med PMTO. Derudover har 6 forældretrænere fra KiK og 9 terapeuter fra PMTO deltaget. Da det har været vanskeligt at etablere kontakt til og rekruttere ledere og behandlere i de kommuner, som har arbejdet med M-SKP indsatsen, er der kun gennemført ét interview med en leder og ét interview med en behandler. For at kunne opnå yderligere indblik i, hvilke udfordringer kommunerne har oplevet i forbindelse med implementeringen af M-SKP, har vi interviewet 2 metodeleverandører (Implement Consulting Group og SUS – Social Udviklingscenter), som også har fungeret som projektledere i hver sin kommune, ligesom vi inddrager viden fra et erfaringsopsamlingsseminar, som metodeleverandørerne havde arrangeret for deltagerkommunerne.

Overordnet set viser evalueringen, at implementeringen er forløbet forskelligt på tværs af de tre indsatser og blev gennemført med forskellige grader af succes. Mens KiK og PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd opnåede en høj grad af implementering, er der stadig en del udfordringer forbundet med implementeringen af M-SKP. Det skal her understreges, at M-SKP er en ny indsats, mens KiK er en gennemprøvet model, og PMTO eksisterer i kommunerne i forvejen. M-SKP var således under udarbejdelse og afprøvning i undersøgelsesperioden, og det ses afspejlet i implementeringsevalueringen af de tre indsatser.

3.1 KiK

3.1.1 Ledelsesmæssig og organisatorisk understøttelse

Analysen viser, at ADHD-foreningen har fået sikret en høj grad af motivation og ejerskab blandt trænerne, som oplever, at indsatsen er meningsfuld, og at den resulterer i den ønskede effekt. Gennemførelsen af KiK-kurset har motiveret trænerne yderligere, fordi de har set, hvilken forandring deres arbejde medfører blandt forældrene. Samtlige trænere prioriterer træningen højt, og har alle gennemført hele KiK-forløbet. ADHD-foreningen har desuden i høj grad formået at skabe de rette forudsætninger for trænerne, der gør dem i stand til at gennemføre KiK-kurset. Trænerne oplever, at der er sørget for alle praktiske omstændigheder, og at de blot skal tænke på at gennemføre undervisningen. Evalueringen viser også, at der kan være potentiale for at få fat i en bredere målgruppe, hvis man i højere grad samarbejder med kommunerne om rekrutteringen. I dag annoncerer ADHD-foreningen relativt bredt, og de rette medarbejdere i kommunen kan yderligere være behjælpelige med at opspore familier, som kommunen har kendskab til, og som kunne være interesserede i at deltage på et KiK-kursus.

3.1.2 Kompetenceopbygning og understøttelse

ADHD-foreningen gør meget ud af at rekruttere trænere og opstiller en række krav, som de skal opfylde. Alle trænere skal have en relevant faglig baggrund, som gør dem kvalificerede til at varetage opgaven. Derudover fokuserer ADHD-foreningen på at skabe det rette match mellem to trænere, som skal udgøre et makkerpar. Her lægges der stor vægt på, at de kan supplere hinanden

på den bedst mulige måde, og der er fokus på, at mindst én af trænerne gerne har personlig erfaring med målgruppen. Det er ikke en udfordring for foreningen at få ansøgere nok til stillingerne, men den geografiske placering af trænerne kan udgøre et problem. Det kan være en udfordring at få skaffet to trænerne i nogle yderområder.

I forhold til uddannelse og understøttelse i KiK-indsatsen har samtlige trænerne gennemgået en fælles træneruddannelse, som de oplever er fyldestgørende, og som har klædt dem godt på til at gennemføre KiK-kurset. ADHD-foreningen monitorerer og følger implementeringen tæt og sørger for at justere løbende, hvis der er behov for det. Trænerne oplever, at ADHD-foreningen yder den hjælp og støtte, der er behov for undervejs, og at de altid kan henvende sig, hvis der opstår tvivlsspørgsmål. De oplever at få konstruktiv feedback fra ADHD-foreningen, når de er ude og observere, ligesom de sætter stor pris på at evaluere sessionerne med deres makker løbende.

Trænerne oplever kun enkelte udfordringer med indsatsen i praksis. Det drejer sig bl.a. om mundtlig formidling og om det at skulle tackle følelsesmæssige situationer, som kan opstå hos forældrene på kurserne. Her fremhæves det som essentielt, at de er to trænerne, så den ene kan gå til side med en forælder, hvis der er brug for det, mens den anden fortsætter undervisningen. Samtidig viser evalueringen, at de resterende forældre på kurset kan være en ressource, når der opstår sådanne følelsesmæssige situationer.

3.1.3 Arbejdet med indsatsen i praksis

Forældrenes motivation er høj, og trænerne oplever, at motivationen stiger, i takt med at de deltager i flere kursusgange. Ligesom med trænerne motiverer det forældrene, at de kan se en forandring på børnene derhjemme, når de benytter de redskaber, de får på KiK-kurset. Desuden ser det ud til, at det fællesskab, som KiK-kurset tilbyder, har en positiv indvirkning på forældrenes motivation, bl.a. fordi de kan dele deres oplevelser med andre forældre, som oplever de samme problematikker.

Det materiale, som ADHD-foreningen har udviklet, i form af manual og slides, understøtter i høj grad implementeringen og sikrer en høj grad af metodefidelitet. Materialet er let for trænerne at gå til, og det er derfor let at efterleve metoden for dem. Manualen gennemgår dagens tema, og hvilke øvelser, trænerne skal lave med forældrene. De slides, som ADHD-foreningen har udviklet, bruges i deres præsentation. Dvs. at alle forældre, som deltager i et KiK-kursus, vil blive præsenteret for næsten samme indhold, uafhængigt af hvilken træner de modtager undervisning af. Generelt er trænerne meget loyale over for manualen, også i gennemgangen af tematikker, som de ved, der kan komme modstand på fra forældrene. I enkelte situationer har trænerne oplevet udfordringer i forhold til at følge manualen stringent. Det drejer sig fx om situationer, hvor forældrene allerede kender indgående til et tema, der skal præsenteres. Man har i de tilfælde været nødt til at foretage små tilpasninger i samarbejde med ADHD-foreningen. Trænerne anser det som særligt væsentligt for et succesfuldt forløb at få skabt et behageligt og tillidsfuldt rum under træningen, hvor forældrene føler sig tilpas og har lyst til at dele deres oplevelser. Trænerne oplever, at det har stor værdi, at indsatsen er opbygget som gruppeforløb, fordi forældrene har kunnet spejle sig i hinanden og dele erfaringer.

3.2 PMTO

3.2.1 Ledelsesmæssig og organisatorisk understøttelse

Kommunernes primære motivation for at træde ind i PMTO-projektet til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd har været, at de med forholdsvis få tiltag kan få redskaber til at arbej-

de med PMTO til de lidt ældre børn. Samtlige kommuner havde i forvejen metoder, som de brugte til børn over 12 år, men PMTO til teenagere og børn med ADHD kan, ifølge lederne, stadig bidrage med noget til kommunens eksisterende tilbud. Selvom ledelsen ikke har haft fokus på at motivere terapeuterne, viser analysen, at terapeuterne i høj grad har været motiverede for at arbejde med PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd fra starten. Motivationen udspringer bl.a. af en faglig interesse i at videreudvikle praksis og bliver kun større, efter at de har arbejdet med metoden. Det skyldes, at de oplever, at metoden giver nogle nye redskaber. Det reelle implementeringsansvar har i nogle kommuner ligget hos terapeuterne, selvom ansvaret for implementering formelt set ligger hos ledelsen. Analysen viser, at det bl.a. hænger sammen med, at ledelsen har stor tiltro til, at terapeuterne har de rette kompetencer og kan løfte opgaven. Nogle terapeuter giver udtryk for, at de godt kunne ønske sig større ledelsesmæssig understøttelse i forhold til en prioritering af projektet. Manglen på ledelsesopbakning kan fx skyldes udskiftning i ledelsen, hvor ejerskabet ikke er det samme hos den nye ledelse.

Organisatorisk har der været meget begrænsede forberedelser, da der i samtlige kommuner er flere års erfaringer med PMTO. Det nye modul har derfor passet ind i en eksisterende struktur.

3.2.1.1 Kompetenceopbygning og understøttelse

Alle terapeuterne er rekrutteret internt og har tidligere erfaring med at arbejde med PMTO. Intern rekruttering har den fordel, at der ikke skal bruges tid på en rekrutteringsproces, samtidig med at ledelsen kender til medarbejderes kompetencer. De fleste terapeuter er fuldtidsansatte, men har andre opgaver ved siden af arbejdet med PMTO. VIA har indgået en kontrakt med i alt tre terapeuter fordelt på tre af kommunerne. I hver af disse kommuner har én af terapeuterne derfor en form for ekspertrolle og fungerer som en støtte for de resterende terapeuter i kommunen. I den sidste af deltagerkommunerne er en af terapeuterne selv underviser og fungerer derfor også som en støtte for de resterende. Samtlige terapeuter har modtaget den undervisning, som varetages af VIA, og oplever, at det har klædt dem på til praksis. Alligevel er der nogle elementer, som kan være udfordrende undervejs. Det gælder primært i forhold til den lidt ældre aldersgruppe, hvor nogle terapeuter har været udfordrede i forhold til komponenten "grænsesætning" og inddragelse af den unge. Ledelsen har ikke igangsat tiltag, som skal sikre metodefidelitet. Det er derimod en opgave, som varetages af VIA. Den supervision og understøttelse, som terapeuterne har modtaget specifikt i forhold til udviklingen af PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd, er derfor udelukkende fra VIA, bl.a. i form af både fysiske og Skypemøder. Terapeuterne har desuden særligt gjort brug af den kollegiale sparring undervejs i projektet.

3.2.2 Arbejdet med indsatsen i praksis

PMTO til børn og unge med ADHD eller lignende adfærd har ikke konkurreret med andre lignende tilbud i kommunen, og det har været muligt at få nok unge med i projektet. Analysen viser bl.a., at det kan være en fordel, hvis udførerdelen og visitationen er placeret under samme tag, da det gør det lettere at sørge for, at de rette medarbejdere har den nødvendige information om projektet. Under afprøvningen af PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd har fokus særligt været på arbejdet med de unge som ny målgruppe. Terapeuterne har i forvejen stor erfaring med at arbejde med PMTO til børn med ADHD og oplever, at den almindelige PMTO sagtens kan rumme målgruppen. Derimod er den ældre aldersgruppe blandt børnene ny. Terapeuterne har alle oplevet, at arbejdet med PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd var meningsgivende, og at de har fået nogle nye redskaber at arbejde med. Det gælder særligt i forhold til inddragelse af den unge i eget forløb samt komponenterne "Grænsesætning" og "Belønning og konsekvens". Her har man foretaget justeringer af den eksisterende metode, så kompo-

nerterne i højere grad passer til ældre børn – justeringer, der opleves som effektive af terapeuterne. Fokus i forløbene med de unge er derfor en smule anderledes end ved de yngre børn, men det handler primært om mindre justeringer. Som mulige tilpasninger fremadrettet nævner terapeuterne bl.a., at man kunne overveje at tilbyde mere supervision til den gruppe af terapeuter, der skal arbejde med unge, fordi en udadreagerende adfærd kan virke mere voldsom, når man har at gøre med et større barn, samt at inddrage den unges netværk for at sikre nogle gode rollemodeller.

3.3 M-SKP

3.3.1 Ledelsesmæssig og organisatorisk understøttelse

Kommunerne har haft succes med at fastholde mentorer/kontaktpersoner i projektet, men det har nogle steder været svært at opretholde motivationen blandt dem. Analysen viser, at det kan være svært at se forskellen på M-SKP-modellen og det arbejde, man allerede gør som mentor/kontaktperson. Det kan have en negativ betydning for motivationen og ejerskabet, fordi det bliver svært at se metoden som meningsgivende. Ejerskabet over for modellen har også nogle steder været udfordret af, at der sker større eller mindre omstruktureringer, hvor tovholderen, sagsbehandlere eller mentorer har været udskiftet flere gange. Det har betydet, at det var svært for metodeleverandørerne at oparbejde et ejerskab for projektet, og de har været ude og formidle projektets formål og metode fra bunden flere gange. En anden større udfordring har været, at kommunerne ikke får tilført midler i forbindelse med projektet. Når der ikke medfølger ekstra ressourcer til at gennemføre projektet, er det op til ledelsen i den enkelte kommune at beslutte, hvor mange ressourcer der kan allokeres, og hvor meget tid der skal bruges. Det kan skabe variation i kommunernes forudsætninger for en succesfuld implementering. Det betyder også, at det bliver særligt væsentligt, at ledelsen bakker op om projektet. Denne ledelsesopbakning har været en udfordring for metodeleverandørerne, fordi projektet udgør en meget lille del af kommunernes arbejde. Den manglende ledelsesopbakning har haft konsekvenser for arbejdet med modellen på tværs af forvaltninger og afdelinger. Det gælder særligt socialområdet (børne- og ungeområdet) og beskæftigelsesområdet, som lovgivningsmæssigt ikke er lige kompatible med anbefalingerne i modellen.

3.3.2 Kompetenceopbygning og understøttelse

M-SKP-indsatsen varetages både af frivillige og lønnede medarbejdere. Nogle kommuner benytter sig udelukkende af pædagoger, som er ansat som kontaktpersoner, mens andre benytter sig af en blanding af kontaktpersoner og frivillige mentorer eller en blanding af kontaktpersoner og privatindkøbte kontaktpersoner. Ansættelsesformen har betydning for, hvilke beføjelser, man har. Den frivillige mentor er fx ikke bundet af samme retningslinjer som en almindeligt ansat.

Grundet den meget begrænsede datamængde har vi ikke mulighed for bredt at belyse, hvordan man har rekrutteret kontaktpersoner og mentorer. Vi har også begrænset viden om, hvordan kontaktpersoner og mentorer har oplevet uddannelsen, og hvorvidt de oplever at være blevet klædt tilstrækkeligt på til indsatsen. Analysen viser dog, at der kan være forskel på, hvilket uddannelsesbehov der er for kontaktpersoner, som allerede har en solid faglig baggrund og uddannelse, sammenlignet med frivillige.

Metodeleverandørerne har understøttet kommunerne ved at facilitere møder undervejs og arbejder ud fra, at kommunerne skal forholde sig til alle anbefalingerne i modellen. Metodeleverandørerne har desuden en hotline, som mentorerne kan ringe til løbende, hvis de har brug for støtte til brugen af den digitale logbog, som er det dokumentationsredskab, der er udviklet til arbejdet med

modellen. Derudover fortæller metodeleverandørerne, at de løbende er i telefonisk kontakt med den lokale projektleder, hvor de vender eventuelle udfordringer.

3.3.3 Arbejdet med indsatsen i praksis

I praksis har det vist sig at være svært at få nok unge med i M-SKP-indsatsen, som matcher modellens målgruppe. Det skyldes bl.a., at metoden ligger så tæt op ad kommunernes eksisterende ydelse, at det derfor har været svært at skelne mellem, hvilke unge der skulle have et almindeligt mentorforløb, og hvilke der skulle have et mentorforløb med fokus på ADHD. Der har desuden været stor variation i kommunerne, når det kommer til visitationen. Nogle har taget udgangspunkt i unge, som de allerede havde på en eksisterende venteliste, andre har flyttet en række unge fra et andet forløb over i indeværende projekt, og en anden kommune har fået lov til at udvide målgruppen op til 30 år, så den passer bedre ind i deres organisering. Målgruppen ser derfor ud til at variere fra kommune til kommune.

M-SKP-Modellen er bl.a. udviklet med udgangspunkt i kommunernes tidligere erfaringer med mentorforløb, hvilket betyder, at de allerede arbejder med en del af anbefalingerne. Metodeleverandørerne vurderer, at kommunerne samlet set agerer efter ca. halvdelen af anbefalingerne, men at de har arbejdet med fem til seks nye anbefalinger, som de selv har udvalgt. Før den egentlige implementering af mentorforløbet har kunnet påbegyndes, skulle kommunerne selv udarbejde procedurer for, hvordan anbefalingerne skulle realiseres. Det betyder, at kommunerne har brugt en del tid på indledende forberedelse, og derfor er de kommet sent i gang med at starte unge op i forløb. Resultatet af analysen tyder på, at der skal en vis tilpasning til, før M-SKP-modellen kan blive et funktionelt redskab for kommunerne. Det indebærer, at der angives mere klare og specifikke beskrivelser af, hvordan anbefalingerne kan udmøntes i praksis. Det samme ser ud til at gøre sig gældende for det digitale dokumentations- og udviklingsværktøj, som ikke har fungeret som en hjælp for mentorerne/kontaktpersonerne, men i højere grad opleves som en tidskrævende ekstraopgave. Mentorerne har ikke benyttet værktøjet efter hensigten, og analysen viser, at man i kommunerne oplever, at der er for meget dokumentation forbundet med projektet, som opleves som dobbeltarbejde.

4 Forældrenes, børnenes og de unges udvikling

Undersøgelsen af deltagernes udvikling i løbet af evalueringsperioden bygger på interview med forældre, der har deltaget i KiK eller PMTO samt unge.¹ Derudover inddrager vi spørgeskema-besvarelser fra forældrene i KiK, samt fra forældrene og de unge i PMTO, og de unge i M-SKP. Før kursernes opstart og efter deres afslutning har forældrene og de unge i KiK, PMTO og M-SKP udfyldt spørgeskemaer, der afdækkede børnenes adfærd (målt ved SDQ. Se metodeboks 4.1). I KiK besvarede forældrene desuden spørgsmål om forældrekompetencer (målt ved PSOC og PS. Se metodeboks 4.1). Det skal understreges at vi i forhold til M-SKP har et meget begrænset materiale til at belyse deltagernes udvikling, hvilket skal medtænkes i fortolkningen af resultaterne.

Metodeboks 4.1

Telefoninterview

Vi har gennemført 11 telefoninterview med forældre, der har deltaget i enten KiK eller PMTO. Disse er gennemført som enkeltinterview og havde fokus på, hvilken betydning forældrene har oplevet, at deres deltagelse i indsatserne har haft for familiens og barnets hverdag, trivsel og udvikling. I alt har vi gennemført 6 interview med forældre, der har deltaget i KiK, og 5 interview med forældre, der har deltaget i PMTO.

Spørgeskemaer

Vi har indsamlet kvantitative spørgeskemadata for alle tre indsatser. Spørgeskemaerne indeholder spørgsmål om demografiske karakteristika og den unges styrker og vanskeligheder og er baseret på instrumentet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). SDQ består af i alt 25 spørgsmål, som vurderer barnet eller den unges følelsesmæssige symptomer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet/uopmærksomhed, problemer med jævnaldrende og prosocial adfærd. Den samlede SDQ-score går fra 0 til 40, hvor højere scorer indikerer større vanskeligheder.

For deltagerne i KiK har vi også data om forældrekompetencer baseret på spørgsmål fra The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) og The Parenting Scale (PS). Med PSOC kan vi undersøge mestringssevne i forhold til forælderollen. Højere scorer indikerer bedre mestringssevne. PS-skalaen er et instrument til at vurdere forældres opdragelsesstil. Lavere scorer indikerer bedre opdragelse. Til denne evaluering har vi med PS-instrumentet kigget på, hvor meget og hvor ofte forældre overreagerer, samt hvor nedgørende forældre er i opdragelsen af barnet.

Kvantitativ analysemetode

Analysen gennemføres ved hjælp af før- og eftermålinger, hvor vi ser på den gennemsnitlige udvikling hen over indsatsforløbene. Grundet den manglende rekruttering og de få indsamlede skemaer i MSK-P foretages analysen kun for PMTO og KiK. Mere specifikt gennemføres analyserne med en Fixed-effects regressionsmodel, som tager højde for, at børnene, de unge og forældrene er forskellige og har forskellige udgangspunkter. Fixed effects-metoden fikserer respondenternes udgangspunkt for derefter at måle, hvordan de udvikler sig mellem kursernes opstart og afslutning. Fordelen ved metoden er, at forskelle mellem respondenterne ved kursernes opstart ikke får indflydelse på vores resultater.

4.1.1 Datagrundlag

Grundet den manglende rekruttering i M-SKP har vi kun modtaget 8 opstartsskemaer fra tre kommuner; i PMTO, hvor der er opstartet 33 forløb, har vi modtaget 15 ungeskemaer (4 med både opstarts- og afslutningsskema) og 59 forældreskemaer (21 med både opstarts- og afslutnings-

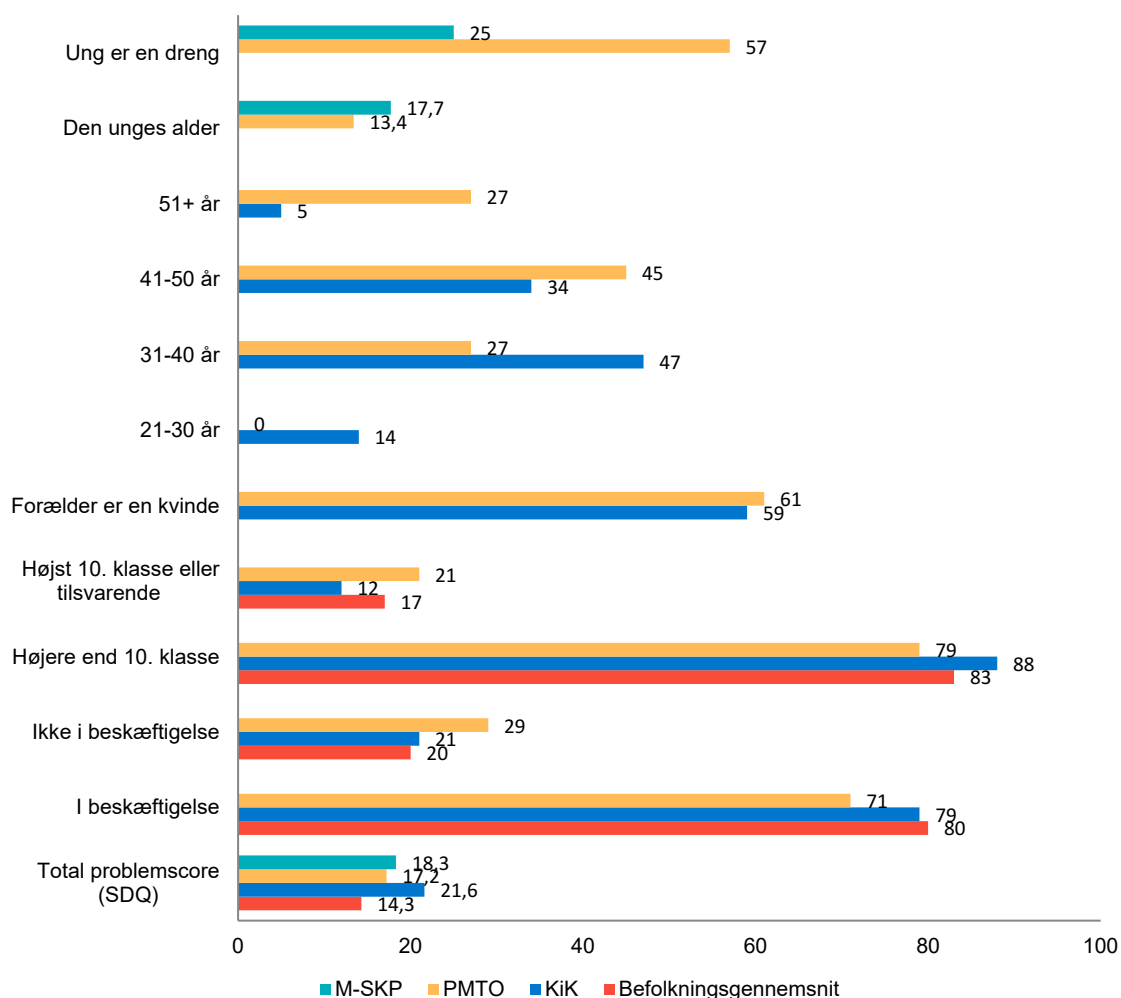
¹ Vi har også gennemført interview med to unge, der har deltaget i M-SKP, men da datamaterialet her blot består af to unge, behandles disse interview kun i hovedrapporten (se Scavenius m.fl., 2018). I denne udgivelse beskrives M-SKP derfor udelukkende ud fra vores kvantitative data.

skema); og i KiK har vi modtaget 162 opstarts- og 89 afslutningsskemaer (81 med både opstarts- og afslutningsskema). Der skal derfor tages forbehold for det lille antal respondenter, som nogle af beskrivelserne bygger på.

4.2 Karakteristik af deltagerne før indsatserne

Fra spørgeskemaerne har vi fået viden om deltagernes karakteristika før indsatserne. Børnene i KiK er mellem 3 og 9 år gamle, mens de er mellem 7 og 17 år gamle i PMTO, hvoraf 57 pct. er drenge (se figur 4.1). I M-SKP er alle respondenter mellem 14 og 24 år gamle; 2 er drenge, og 6 er piger. De fleste forældrebesvarelser fra KiK kommer fra kvinder (59 pct.), som er i 30'erne (47 pct.). De fleste af de deltagende forældre i PMTO er også kvinder (61 pct.), men størstedelen er mellem 41-50 år (45 pct.).

Figur 4.1 Karakteristik ved baseline, procent.



Note: Gælder de deltagere, som vi har oplysninger på fra spørgeskemabesvarelserne.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Fra de kvantitative analyser ser vi, at der er en enkelt forskel på forældre i KiK og PMTO. Forældrene i KiK har lidt længere uddannelse end gennemsnittet for den tilsvarende danske befolkningsgruppe, mens forældrene i PMTO ligger lige under gennemsnittet. 2 ud af 10 af forældrene i

KiK er ikke i beskæftigelse, hvilket svarer til den gennemsnitlige erhvervsfrekvens i den danske befolkning, mens det tilsvarende tal er 3 ud af 10 for forældrene i PMTO.

I interviewene fortæller forældrene om en hverdag inden kurserne, som var præget af konflikter, voldsom adfærd og skældud. Det indebar samtidig manglende overskud til de andre børn i familien. Dette ser vi afspejlet i spørgeskemabesvarelserne, hvor børnene og de unge ligger uden for normalområdet (se metodeboks 4.2) på SDQ-scorene.

Metodeboks 4.2

Sammenligningsgrupper

Fordi vi i denne undersøgelse ikke har en kontrolgruppe – en gruppe af personer, som ikke modtog indsatsen – kan vi ikke sige noget om, hvad der ville være sket med personerne i undersøgelsen, hvis de ikke havde modtaget en indsats. Vi kan derimod kvalificere resultaterne ved at sammenligne med normalområdet for den generelle befolkning og andre studier af KiK og PMTO.

Normalområdet er defineret ved grænsen mellem de 80 pct. børn og unge med få eller ingen adfærdsvanskeligheder og de 20 pct. børn og unge med flest vanskeligheder. Normscoren varierer pr. definition, ift. hvem der besvarer SDQ-skemaet, om det er en forælder eller den unge selv, og om besvarelsen beskriver en drengs eller en piges adfærd. Vi taler i enkelte tilfælde om området for hhv. de 10 pct. og de 5 pct. højeste scorerer. Disse områder er udregnet på samme måde som normalområdet for de højeste 20 pct., men med den forskel, at de angiver grænsen mellem hhv. de 90 pct. og 95 pct. børn og unge med få eller ingen adfærdsvanskeligheder over for de 10 pct. eller 5 pct. med flest vanskeligheder.

Sammenligninger til andre danske studier viser, at de udviklinger, som denne undersøgelse finder i børnenes adfærd og i forældrekompetencer i KiK og PMTO, svarer til resultaterne i andre studier med kontrolgrupper.

Den totale problemscore (SDQ) er relativt høj i opstartsperioden for alle tre indsatser, men det varierer dog, hvor langt scorerne ligger uden for normalområdet på tværs af indsatserne (se figur 5.1). I KiK er den gennemsnitlige problemscore (SDQ) 21,56 ved baselinemålingen for hele samplet, mens den er 18,25 for M-SKP og 17,2 for PMTO. I forhold til normalscoren ligger børnene i KiK således blandt de 5 pct. højeste scorerer, mens de unge i M-SKP ligger blandt de 10 pct. højeste, og de unge i PMTO ligger blandt de 20 pct. højeste.

Samlet set er forældrenes ressourcer altså relativt højere for forældrene i KiK ift. forældrene i PMTO, mens børnenes SDQ-scorer omvendt peger på, at børnene i KiK har et relativt dårligere udgangspunkt end børnene og de unge i PMTO.²

Flere forældre fra både KiK og PMTO fortæller desuden i interviewene, at de forud for indsatserne havde vanskeligt ved at finde information om relevante tilbud eller indsatser, og nogle familier – særligt fra PMTO – havde deltaget i andre forløb tidligere.

4.3 Deltagernes udvikling: KiK og PMTO

Forældrene giver i interviewene udtryk for, at de har fundet indsatsernes redskaber vigtige og anvendelige i hverdagen. Flere har indført ugeskemaer, piktogrammer eller belønningsskemaer for at understøtte faste morgen- og aftenrutiner. Dette har påvirket barnet positivt og ført til færre konflikter og frustrationer i familien. Torben, som har fået KiK-indsatsen, fortæller, hvilken betydning brugen af tidsplaner har haft for hans 9-årige datter Kaya:

² De få respondenter i M-SKP og PMTO betyder, at der er nogen usikkerhed forbundet med sammenligningerne.

På en eller anden måde kan hun bedre koncentrere sig om det, når hun kan se det visuelt. Det er bare som om, at alt bare hænger bedre sammen. Fordi så bliver hun hele tiden mindet om, hvad det er, hun skal.

Et af de elementer, som forældrene særligt fremhæver, er betydningen af at give barnet korte og tydelige beskeder, der – ifølge forældrene – hjælper barnet til at vide, hvad der forventes i hverdagen. Pia, som har deltaget i PMTO, fortæller:

Jeg synes, at det der med den gode besked, hvor man lige skal give en besked ordentligt og så afvente – det har gjort, at jeg har tænkt meget mere over, hvordan jeg har talt til ham [Valdemar, 7 år]. Og det har bare betydet helt vildt meget for mig, men også for Valdemar. Helt vildt meget. Mere end hvad jeg turde håbe på.

Ifølge Pia har denne ændring i kommunikationen med Valdemar betydet, at hverdagen er blevet nemmere, og at hun som forælder er mindre vred og frustreret. Flere af både KiK- og PMTO-forældrene har desuden benyttet belønningsskemaer, som har virket motiverende for barnet i forhold til at fastholde og lære nye rutiner og praksisser. Trine, som har deltaget i PMTO, fortæller om sin oplevelse af brugen af belønningsskemaet:

Jamen, der synes jeg næsten, at vi kunne se den største ændring den første gang, hvor vi introducerede det.

Derudover fremhæver forældrene, at de efter kurset skælder mindre ud og i stedet roser barnet mere. I flere af familierne har denne ændring haft stor betydning for barnets selvtillid. Karin, der har deltaget i PMTO, siger:

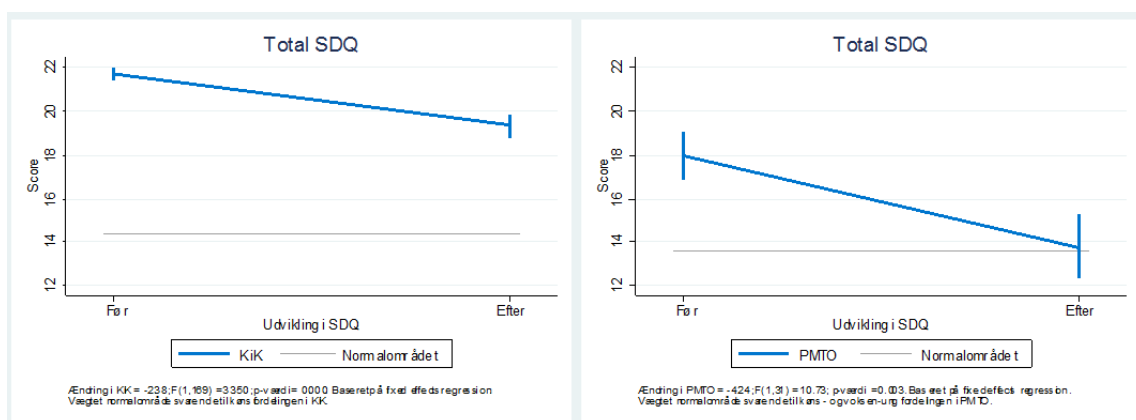
Theis har altid fået ekstremt meget skældud – både i daginstitutioner, men også herhjemme – og det gør vi ikke længere. Vi skælder ikke ud længere. Selvfølgelig irectsætter vi ham, hvis det er nødvendigt, men han får ikke skældud. Han får derimod ros og opmuntring. Og det er selv de bittesmå ting, som han får ros for, fx at tage sine strømper på. Og det har virkelig gjort en kæmpe forskel.

Nogle forældre fortæller, at den øgede ros har givet barnet et bedre selvværd og mere selvtillid. Tilsvarende udvikling finder vi også i de kvantitative analyser, som vi ser nærmere på i følgende afsnit.

4.3.1 Deltagernes udvikling – børn og unges adfærd

Overordnet viser analyserne signifikante ændringer i SDQ-scorerne for børnene. Den samlede problemscore (SDQ) mindskes over kursusforløbet for børnene i KiK og PMTO (se figur 5.3).

Figur 4.2 Udvikling i total SDQ for familier i henholdsvis KiK og PMTO i forhold til normalområdet.



Note: Estimer baseret på fixed-effects modellen.

Kilde: Scavenius m. fl. (2018).

Før kursets opstart ligger børnenes samlede problemscore i KiK langt over grænsen til normalområdet (se metodeboks 4.2), men mindskes signifikant over forløbet. Efter kursets afslutning er scoren dog stadig højere end normalområdet. Den samlede problemscore for PMTO mindskes også signifikant over perioden mellem opstart og afslutning af indsatsen. Før kursets opstart ligger de unges samlede problemscore over grænsen til normalområdet, men efter kurset er den samlede problemscore ikke længere signifikant forskellig fra normalområdet.

4.3.2 Deltagernes udvikling – forældrerollen

Forældrene fortæller i interviewene, at de er blevet styrket i deres forældrerolle. Dette betyder, at familien og barnet i mindre grad presses ud i situationer, der ender i konflikt, da forældrene er blevet mere bevidste om deres egen rolle og betydning i de pågældende situationer. Forældrene fremhæver fx, at de er blevet bedre til at være på forkant med forskellige situationer, at de har fået en anden ro og tålmodighed i interaktionen med barnet, og at de har fået en ændret forståelse af barnets udfordringer. Marianne, der har deltaget i et KiK-forløb, fortæller, hvordan hun har ændret sin tilgang efter forløbet:

Jeg tænker meget over tingene, og jeg er et skridt foran med mange ting. Meget mere end hvad jeg var før, fordi det mange gange er nødvendigt. Jeg har lært det her med at varsle i god tid, hvis vi skal noget, fordi skift er svære.

Derudover nævner flere, at deres samarbejde forældrene imellem er blevet styrket, og at forældrene har fået et fælles ståsted og udgangspunkt i deres tilgang til barnet. Ændringen i forældrerollen ser vi også i de kvantitative analyser af forældres mestringsevner og opdragelsesstile (som vi dog kun har fra KiK-forældrene (Scavenius m.fl., 2018, afsnit 3.2.2.3).

Der er en signifikant stigning i forældrenes gennemsnitlige scorer på mestringsevne mellem kursernes opstart og afslutning, hvilket betyder, at forældrene vurderer deres evne til at problemløse og deres tro på egne kompetencer bedre efter kurserne i forhold til før kursernes opstart. Der er også et signifikant fald i forældrenes tendens til at over reagere i opdragelsen, hvilket vidner om, at forældrene vurderer deres opdragelsesstil som mindre hård eller overreagerende ved afslutningen

af kurserne i forhold til ved opstarten. Der er ingen signifikant ændring i forhold til nedgørende opdragelsesstil, hvilket muligvis kan forklares med, at forældrene allerede ved starten ligger tæt på bunden af skalaen, og det derfor kan være svært at flytte dem yderligere.

5 Omkostningsevaluering

Omkostningsevalueringen er udført som en beregning af tre omkostningsscenarier eller "business cases"; én for KiK, én for PMTO og én for M-SKP. Det skal understreges, at fordi både indsatser, kommuner og organisering varierer, giver omkostningsscenarierne et overordnet og vejledende overslag. Til analysen anvendes retningslinjer og beregningsmodel fra Socialstyrelsen til økonomiske analyser af sociale indsatser (Socialstyrelsen, 2016a). Modellen er tilpasset indsatserne ift. omkostningselementer, caseload (antal sager, der igangsættes pr. år) og forventet gennemførelsesprocent.

Metodeboks 5.1

Den tværgående omkostningsevaluering af de tre indsatser er baseret på tre datakilder:

1. Omkostningsmateriale fra Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har kort tid forud for denne evaluering udarbejdet omkostningsvurderinger af både PMTO og KiK (Socialstyrelsen, 2015, 2016b). I den forbindelse har man indsamlet data og kvalificeret en business case for hvert scenarie. Denne tværgående vurdering har taget udgangspunkt i disse business cases for PMTO og KiK og tilpasset dem målgruppen med ADHD og ADHD-lignende udfordringer. Tilpasningen er sket på baggrund af input fra nøglepersoner med indsigt i indsatserne. Indsamling af yderligere spørgeskemadata fra kommunerne blev vurderet overflødig.
2. Interview med nøglepersoner. Da dataindsamling om M-SKP-ordningen viste sig at være sværere end først antaget, har det udelukkende være muligt at indsamle viden om omkostninger ved telefonisk kontakt til én kommune. Businesscasen for mentorordningen er bygget på input fra denne kommune.
3. SFI's cost-effectiveness analyse (kun KiK) (Scavenius, Amilon & Schultz (2015).

Omkostningsevalueringen har fokus på bruttoomkostninger, det vil sige direkte omkostninger ved at drive indsatserne. For at perspektivere omkostningsvurderingerne sammenholdes bruttoomkostninger ved de tre indsatser med estimer på de afledte besparelser, man kan forvente at opnå ved at tilbyde børn og unge med ADHD og ADHD-lignende problemer en tidlig indsats.

5.1 Business cases

Både KiK og PMTO har været i drift i Danmark i en årrække, hvorfor indsatserne er velafprøvede. Vi har derfor haft mulighed for at opstille cases på baggrund af faktiske erfaringer med at drive indsatserne i Danmark. Mentorordningen var på evalueringstidspunktet stadig i udviklingsfasen, og casen for M-SKP indsatzen er derfor bygget på antagelser om, hvordan drift af ordningen vil tegne sig, men ikke på egentlige erfaringer hermed. Antagelserne er udformet på baggrund af input fra én af de tre projektkommuner i M-SKP-ordningen. Omkostningsberegningerne er foretaget med udgangspunkt i de tre cases, der opridses i figur 5.1.

Figur 5.1 Tre cases til omkostningsberegning.



Kilde: Cases opstillet på baggrund af data fra (Socialstyrelsen, 2015, 2016b), interview med nøglepersoner og oplysninger om case kommune.

Resultaterne er følsomme over for ændringerne i cases, fx i forhold til rekruttering og uddannelse, hvor det varierer, hvor mange trænere/kontaktpersoner/terapeuter der skal uddannes og recertificeres i forhold til caseload (sagsmængde). Der er foretaget følsomhedsanalyser, som tager højde for ændringer i disse forhold.

5.2 Omkostningsvurderingens elementer

Elementerne indeholdt i beregningerne for de tre indsatser ses af tabel 5.1. Omkostninger, som kommunerne må opleve ud over disse elementer, skal lægges til omkostningsresultaterne.

Tabel 5.1 Elementer i omkostningsberegningerne.

Element	KiK	PMTO	M-SKP
Rekruttering af frivillige	X		
Uddannelse	X	X	X
Recertificering/efteruddannelse	X	X	
Transport	X	X	X
Rejser og forplejning	X	X	X
Løn		X	X
Materialer	X	X	
Investeringer i IT/Videoudstyr	X	X	
Forplejning ifm. levering af indsatsen	X		X
Rekruttering/annoncering	X		

Kilde: Socialstyrelsen (2015, 2016b) samt egne data.

5.3 Omkostninger ved indsatserne

Tabel 5.2 viser antallet af påbegyndte og gennemførte forløb for hvert år i hver af de tre ADHD-indsatser. KiK drives af ADHD-foreningen, og skal ikke implementeres kommunalt. Derfor er antallet af forløb og omkostninger pr. år konstant over hele perioden. PMTO og M-SKP skal omvendt implementeres i en kommune. Derfor er der et lavere antal sager og lavere omkostninger i de første år, mens implementeringen står på.

Tabel 5.2 Antal igangsatte og gennemførte forløb samt driftsomkostninger pr. driftsår for de tre indsatser. Vejledende estimationer af de tre business cases.

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
<i>Kærlighed i Kaos</i>					
Igangsatte forløb	7	7	7	7	7
Gennemførte forløb	6	6	6	6	6
Omkostninger, kr. i alt	188.679,00	188.679,00	188.679,00	188.679,00	188.679,00
<i>PMTO + ADHD-modul</i>					
Igangsatte forløb	10 ¹	30 ¹	48	48	48
Gennemførte forløb	9	27	43	43	43
Omkostninger, kr. i alt	949.059,32	1.335.784,64	1.605.376,30	1.898.608,30	1.697.374,30
<i>M-SKP-ordningen</i>					
Igangsatte forløb	15 ¹	25 ¹	30	30	30
Gennemførte forløb	14	23	27	27	27
Omkostninger, kr. i alt	1.165.353,63	1.308.589,63	1.388.589,63	1.388.589,63	1.388.589,63

Anm.: Vejledende estimationer på baggrund af de antagelser, der er oplyst i tabel 5.1.

Note: 1: PMTO og M-SKP er indsatser, der drives kommunalt. I de to første år regnes der med et nedsat antal igangsatte forløb, fordi indsatserne er i gang med at blive implementeret i kommunen, sideløbende med at behandlingen gennemføres.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Data fra en M-SKP-afprøvningskommune og Socialstyrelsen, 2015, 2016b.

PMTO er et evidensbaseret program, som både kræver certificering og recertificering. Derfor er omkostningerne til implementering flere og løber over en længere periode end i M-SKP, der indholdsmæssigt ligger tættere på de mentor- og støttekontaktpersonsordninger, som kommuner i forvejen udbyder.

PMTO er den dyreste indsats målt på totale årlige omkostninger efterfulgt af M-SKP-ordningen. KiK er væsentligt billigere.

PMTO er den dyreste indsats målt på totale årlige omkostninger efterfulgt af M-SKP-ordningen. KiK er væsentligt billigere. Det skyldes bl.a., at KiK benytter frivillige forældretrænere og derfor ikke har samme udgifter til arbejds løn som PMTO og M-SKP.

De væsentligt lavere årlige omkostninger ved KiK skal holdes op mod, at der også er væsentligt færre forløb pr. år end ved PMTO- og M-SKP-indsatserne. Fordi KiK beror på frivillig arbejdskraft, vil mange af de frivillige forældretrænere have et job ved siden af, og derfor er det ikke muligt at udbyde samme antal forløb som i de indsatser, hvor arbejdskraften er lønnet.

PMTO er den dyreste indsats, men er samtidig den indsats, som har den største behandlingskapacitet målt i antal forløb pr. år. Det hænger sammen med, at PMTO er en intensiv indsats, hvor hvert forløb tager ca. 23 uger. Til sammenligning antages det, at et M-SKP-forløb tager gennemsnitligt et år. Derfor er det ikke muligt at gennemføre lige så mange forløb. Der er altså både store forskelle i antallet af forløb pr. år og i de årlige omkostninger for de tre indsatser.

Tabel 5.3 viser i første kolonne omkostningerne opgjort pr. forløb. Omkostningerne er opgjort pr. forløb, der gennemføres. Vi regner med en gennemførelsesprocent på 90 pct. i alle indsatser. Derudover har vi foretaget følsomhedsanalyser for at tage højde for variationer i lønniveau, case-load (antal sager) og gennemførelsesprocent, som ses i kolonne to og tre i tabel 5.3. For KiK har vi varieret på, hvor ofte det er nødvendigt at uddanne nye frivillige trænere (fra hvert år til hvert tredje år), og hvor stor en andel der gennemfører forløbene (fra 90 pct. til 75 pct.). For PMTO har vi varieret på, hvor mange forløb der igangsættes under implementering, og hvor stor en del af disse der gennemføres (fra 90 pct. til 70 pct.). Vi har også varieret på lønniveau, da man nogle steder har psykologer ansat til at give PMTO i kommuner. For M-SKP har vi varieret på antal sager og gennemførelsesprocenten (fra 90 pct. til 70 pct.). Vi har også varieret på, om det er lønne- de støttekontaktpersoner eller frivillige mentorer, der giver indsatsen.

Tabel 5.3 Følsomhedsanalyser for de tre indsatser. Pris pr. gennemført forløb.

	Resultat ved beregning af business casen, kr.	Minimum estimat i følsomhedsanalyse, kr.	Maximum estimat i følsomhedsanalyse, kr.
Kærlighed i Kaos	29.949,05	21.355,62	34.796,00
PMTO med ADHD-modul	45.093,68	41.419,00	55.753,35
M-SKP-ordningen	57.182,79	31.900,74	71.506,65

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Data fra en M-SKP-afprøvningskommune og Socialstyrelsen, 2015, 2016b.

KiK er den mindst omkostningstunge indsats, mens M-SKP er den mest omkostningstunge. KiK er billigere, fordi indsatsen er frivillig og derfor har væsentligt lavere lønomkostninger end PMTO og M-SKP. Typisk tilbydes der også færre KiK-forløb end PMTO og M-SKP forløb pr. år, og derfor adskiller omkostningerne pr. KiK-forløb sig ikke så meget fra omkostningerne pr. forløb ved de kommunalt baserede indsatser, som man måske kunne forvente.

M-SKP er derimod dyrere, fordi indsatsen er mere langvarig end de to andre indsatser. Der kan være en vis variation i omfanget af omkostninger. KiK bliver væsentligt billigere, såfremt man ikke er nødt til at uddanne nye frivillige forældretrænere hvert år. PMTO bliver væsentligt dyrere, hvis man har psykologer ansat i stedet for fx pædagoger. Omkostninger til M-SKP-indsatsen varierer ekstremt meget i vores følsomhedsanalyser. En M-SKP-indsats kan både være billigere eller dyrere for en kommune at drive end PMTO. Det skyldes dels, at der er meget stor forskel på, om M-SKP-indsatsen leveres af frivillige mentorer, som ikke skal aflønnes, eller ansatte støtte-kontaktpersoner, som får løn på pædagogniveau. Omkostningerne pr. forløb dækker over et scenarie, hvor kontaktpersonerne er lønnede. Meget af variationen i M-SKP-estimerne kan også tilskrives, at indsatsen stadig er i afprøvning. Det betyder, at vi ikke ved, hvordan et driftsscenario vil tage sig ud, og derfor er der stor usikkerhed omkring datagrundlaget for de beregninger, vi har opstillet.

Når man vil afgøre, hvilken indsats der vil være den bedste investering i det konkrete tilfælde, bør man sammenholde omkostningerne ved de forskellige indsatser med størrelsen og egenskaber ved målgruppe, man ønsker at ramme. Målgruppens størrelse og sammensætning har nemlig betydning for, hvilken indsats der vil være den bedste investering. Har man fx et større antal behandlingskrævende børn og unge, kan det være favorabelt at vælge en indsats, som kan varetage en stor caseload (have et stort antal forløb i gang), som fx PMTO og M-SKP. Forældretræningsindsatserne KiK og PMTO kan særligt være en god investering til familier med børn og unge i den yngre del af målgruppen, mens en mentor/støttekontaktperson kan være af større nytte for den lidt ældre del af målgruppen, der er mere løsrevne fra forældrene. KiK og PMTO kan desuden være en fordel for familier med flere børn og unge, fordi en styrket mestringsevne hos forældrene kan have afsmittende virkninger på barnet eller den unges søskende. Det betyder, at man potentielt får en endnu større virkning af den beregnede investering, end hvad denne vurdering tager højde for. Samtidig forudsætter forældretræningsindsatserne dog, at forældrene har et vist niveau af ressourcer (tidsmæssigt og kognitivt), og derfor kan M-SKP være en bedre investering i de tilfælde, hvor ressourceniveauet i barnets eller den unges familie er meget lavt.

6 Konklusion og perspektiver

Denne evaluering peger på, at det både socialt og økonomisk kan være en god investering at yde mestringsstøtte til unge og familier, der er berørt af ADHD og ADHD-lignende problemstillinger.

Evalueringen viser overordnet positive udviklinger i forhold til børnenes og de unges adfærd og forældrenes forældrekompetencer på tværs af de tre indsatser – dog varierer implementeringen og omkostningerne mellem indsatserne. På tværs af de tre devalueringer er der positive erfaringer med KiK, som har opnået et højt og succesfuldt implementeringsniveau, medfører en positiv udvikling hos deltagerne og har lavere omkostninger end de to andre indsatser. PMTO er nået tilsvarende langt med implementeringen, og her finder vi ligeledes positive udviklinger for deltagerne, men indsatsen er dyrere end KiK. M-SKP er den dyreste af de tre indsatser og har også mødt en del implementeringsmæssige udfordringer i løbet af evalueringsperioden. M-SKP er dog også en model, som endnu ikke er færdigudviklet. Mens PMTO tilbyder individuelle forløb, som kan igangsættes af kommunen efter behov, er KiK gruppebaseret og afhængig af, at ADHD-foreningen kan rekruttere trænere i specifikke geografiske områder. Derudover er den helt store forskel, at PMTO og M-SKP er forankret i kommunerne og derfor skal tilpasses den eksisterende organisering. KiK er derimod forankret i ADHD-foreningen og har ikke samme organisatoriske udfordringer i implementeringen som de resterende indsatser.

I en tid, hvor antallet børn og unge med en ADHD-diagnose stiger markant og skaber øget pres på det eksisterende behandlingssystem, kan KiK, PMTO og M-SKP fungere som vigtige komplement i den kommunale indsats på området (Sundhedsstyrelsen, 2012). De tre indsatser er organiseret og forankret forskelligt, retter sig mod forskellige målgrupper og er forbundet med forskellige omkostninger. Deltagerne giver på tværs af indsatserne udtryk for en positiv udvikling og en tilfredshed med den måde, som den pågældende indsats udbydes og organiseres på. Kommuner, som vil prioritere mellem indsatserne, må derfor specielt have de implementeringsmæssige og økonomiske forskelle i mente. Alle tre indsatser fremstår som indsatser, der kan imødegå behov blandt familier med børn eller unge, der har ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder.

Litteratur

- Birnbaum, H.G., R.C. Kessler, S.W. Lowe, K. Secnik, P.E. Greenberg, S.A. Leong & A.R. Swensen (2005): "Costs of Attention Deficit–Hyperactivity Disorder (ADHD) in the US: Excess Costs of Persons with ADHD and their Family Members in 2000". *Current Medical Research and Opinion*, 21(2), s. 195-205.
- Chacko, A. & C. Scavenius (2017): "Bending the Curve: A Community-Based Behavioral Parent Training Model to Address ADHD-Related Concerns in the Voluntary Sector in Denmark". *Journal of Abnormal Child Psychology*, s. 1-13.
- Daley, D., R.H. Jacobsen, A.-M. Lange, A. Sørensen & J. Walldorf (2015): *Costing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Dick, B. & B.J. Ferguson (2015): "Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade". *Journal of Adolescent Health*, 56(1), s. 3-6.
- Durlak, J.A. & E.P. DuPre (2008): "Implementation Matters: A review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation". *American Journal of Community Psychology*, 41, s. 327-350.
- Fixsen D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M & Wallace, F. (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Forgatch, M.S., B. Bullock & G. Patterson (2004): "From Theory to Practice: Increasing Effective Parenting through Role-Play". In: *Handbook of Mental Health Interventions in Children and Adolescents: An Integrated Approach*, s. 782-813.
- Loeber, R. & J.D. Burke (2011): "Developmental Pathways in Juvenile Externalizing and Internalizing Problems". *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), s. 34-46.
- McCoy, M.G., P.J. Frick, B.R. Loney & M.L. Ellis (1999): "The Potential Mediating Role of Parenting Practices in the Development of Conduct Problems in a Clinic-Referred Sample". *Journal of Child and Family Studies*, 8(4), s. 477-494.
- Nix, R.L., E.E. Pinderhughes, K.A. Dodge, J.E. Bates, G.S. Pettit & S.A. McFadyen-Ketchum (1999): "The Relation between Mothers' Hostile Attribution Tendencies and Children's Externalizing Behavior Problems: The Mediating Role of Mothers' Harsh Discipline Practices". *Child Development*, 70(4), s. 896-909.
- Patterson, G.R., M.S. Forgatch, K.L. Yoerger & M. Stoolmiller (1998): "Variables that Initiate and Maintain an Early-Onset Trajectory for Juvenile Offending". *Development and Psychopathology*, 10, s. 531-547.
- Polanczyk, G., M.S. de Lima, B.L. Horta, J. Biederman & L.A. Rohde (2007): "The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis". *American Journal of Psychiatry*, 164(6), s. 942-948.
- Polanczyk, G.V., E.G. Willcutt, G.A. Salum, C. Kieling & L.A. Rohde (2014): "ADHD Prevalence Estimates across three Decades: An Updated Systematic Review and Meta-Regression Analysis". *International Journal of Epidemiology*, 43(2), s. 434-442.

- Scavenius, C., L.K. Andersen, K. Frøslev-Thomsen, S. Henze-Pedersen & M.R. Lindberg (2018): *Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram – Implementering, udvikling og omkostninger ved Kærlighed i Kaos, Parent Management Training Oregon og mentorstøttekontaktpersonsindsats*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Scavenius, C., A. Amilon & E.A. Schultz (2015). *Do Volunteers Reduce the Costs of Parent Training Programs? A Cost-Effectiveness Analysis of Caring in Chaos*. SFI Working Paper. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Scavenius, C. & M.R. Lindberg (2017): *Midtvejsevaluering af bedre familiebehandling*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Skogen, J.C. & F.A. Torvik (2013): *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Socialstyrelsen (2015): *Omkostningsvurdering af PMTO individuel: Parent Management Training Oregon*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016a): *Økonomiske analyser af sociale indsatser*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016b): *Omkostningsvurdering af Kærlighed i Kaos KiK*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017): "De utrolige år". Sidst opdateret den 18/04 2017.
<https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-born-og-unge/om-dokumenterede-metoder/dua>
- Sundhedsstyrelsen (2014): *National Klinisk retningslinje for idredning og behandling af ADHD hos børn og unge*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thomas, R., S. Sanders, J. Doust, E. Beller & P. Glasziou (2015): "Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Pediatrics*, 135(4), s. 994-1001.
- Willcutt, E.G. (2012): "The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review". *Neurotherapeutics*, 9(3), s. 490-499.

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD