



**UDVIKLING AF FOREBYGGENDE
KOMMUNALE TILBUD TIL PSYKISK
SÅRBARE UNGE**

**MIDTVEJSEVALUERING
DECEMBER 2021**

INDHOLD

1.	Indledning	3
1.1	Kort om modellen	3
1.2	Midtvejsevalueringens formål	4
1.3	Læsevejledning	5
1.4	Metoder og datakilder	6
2.	Resume og hovedkonklusioner	8
2.1	Hvad har midtvejsevalueringen vist om målgruppen?	8
2.2	Hvad har midtvejsevalueringen vist om den nuværende implementering af kerne-elementerne Rekruttering, Rådgivningssamtaler og Koordination	8
2.3	Hvad har midtvejsevalueringen vist om de foreløbige resultater for målgruppen?	9
2.4	Hvad har midtvejsevalueringen vist om etableringsomkostninger?	10
3.	Karakteristik af de unge som modtager tilbuddet	11
3.1	Hvad kendetegner de unge, som deltager i kommunernes forløb?	11
3.1.1	Aldersfordeling	11
3.1.2	Kønsfordeling	12
3.1.3	Viden om de unges udfordringer	13
3.1.4	Uddannelses- og beskæftigelsesstatus	16
4.	Viden om implementering af kernelementerne i indsatsmodellen	19
4.1	Kerneelementet Rekruttering og henvisning	20
4.1.1	Virksomme greb i omsætningen af kerneelementet	21
4.1.2	Særlige opmærksomhedspunkter i relation til omsætningen af kerneelementet	23
4.2	Kerneelementet Rådgivningssamtaler	24
4.2.1	Virksomme greb i omsætningen af kerneelementet	27
4.2.2	Opmærksomhedspunkter i relation til kerneelementet	29
4.3	Kerneelementet Koordination og kobling til øvrige tilbud	30
4.3.1	Virksomme greb i omsætningen af kerneelementet	33
4.3.2	Opmærksomhedspunkter i relation til kerneelementet	35
4.4	Viden om oplevet organisatorisk udbytte ved at bruge modellen	36
4.4.1	Organisatorisk udbytte og forudsætninger	36
5.	Foreløbige resultater for de unge	39
5.1.1	De unges udvikling i forhold til trivsel (WHO-5)	40
5.1.2	De unges udvikling i forhold til livsmestring (SDQ)	43
5.1.3	De unges udvikling i forhold til symptomer på angst (SCAS)	45
5.1.4	De unges udvikling i forhold til symptomer på depression (MFQ)	46
6.	Viden om etableringsomkostninger	48
6.1	Analysetilgang for omkostningsvurderingen	48
6.2	Datagrundlaget for omkostningsvurderingen	48
6.3	Resultatet af omkostningsvurderingen	48
6.4	Næste skridt i forhold til den endelige omkostningsvurdering	49
Appendix 1: Midtvejsvurdering af indsatsmodellen		50
Appendix 2: Metoder og datakilder		52

1. INDLEDNING

Flere undersøgelser har påvist en markant stigning i antallet af børn og unge med psykiske problemer. Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viser fx, at næsten hver fjerde unge kvinde mellem 16 og 24 år har det mentalt dårligt, hvilket svarer til en stigning på 50 pct. siden 2010.

Som følge af de senere års stigning i psykisk mistrivsel blandt unge er projekt "Udvikling af forebyggende kommunale tilbud til psykisk sårbare unge" blevet iværksat. Formålet med projektet er at kvalificere og modne et forebyggende kommunalt tilbud til psykisk sårbare unge i alderen 13-25 år samt forældre til psykisk sårbare unge. Projektet er finansieret af satspuljen for 2019, og der er i alt blevet afsat 60,2 mio. kr. til initiativet. Initiativet følger Børne- og Socialministeriets "Strategi for udvikling af sociale indsatser" (SUSI)¹ og udgør et screenings- og modningsprojekt.

Danske kommuner har i 2019 haft mulighed for at ansøge om midler fra puljen for perioden december 2019 til december 2022 til at etablere nye tilbud eller udvide og videreudvikle eksisterende tilbud i overensstemmelse med den indsatsmodel, som blev udviklet på baggrund af screeningsfasens afdækning af eksisterende viden om målgruppens behov, lovende praksis og kommunal efterspørgsel². I alt ni kommuner fik tildelt midler til at modne indsatsmodellen med henblik på at tilvejebringe viden og erfaring, der kan kvalificere modellen frem mod eventuel afprøvning og/eller udbredelse.

1.1 Kort om modellen

Indsatsmodellen består af **otte kerneelementer**, som skal være til stede og sættes i spil i praksis for at gøre indsatsen så virkningsfuld som mulig for de unge.

Modellen er udviklet med udgangspunkt i, at den kommunale forebyggende indsats til psykisk sårbare unge skal være lettilgængelig for både unge og forældre, som nemt og hurtigt skal kunne finde og starte op i tilbuddet. Samtidig skal tilbuddet kunne rumme både unge, som har behov for kortvarig støtte til mindre problematikker, såvel som unge der er for raske til psykiatrien, men som mistrives i en sådan grad, at de har brug for lidt længerevarende, forebyggende hjælp. Et stort fokuspunkt i modellen er endvidere koordination og samarbejde på tværs af forvaltninger og behandlingssystem.

Derfor er modellen bygget op med de otte kerneelementer som ses i modellen nedenfor. **Modningen af indsatsmodellen** bygger på en forståelse af, at kerneelementerne er et rammeværk for, hvad der skal igangsættes som en del af



Følgende ni projektkommuner deltager i modningsprojektet:

- Allerød
- Glostrup
- Greve
- Helsingør
- Middelfart
- Odder
- Ringsted
- Skanderborg
- Svendborg



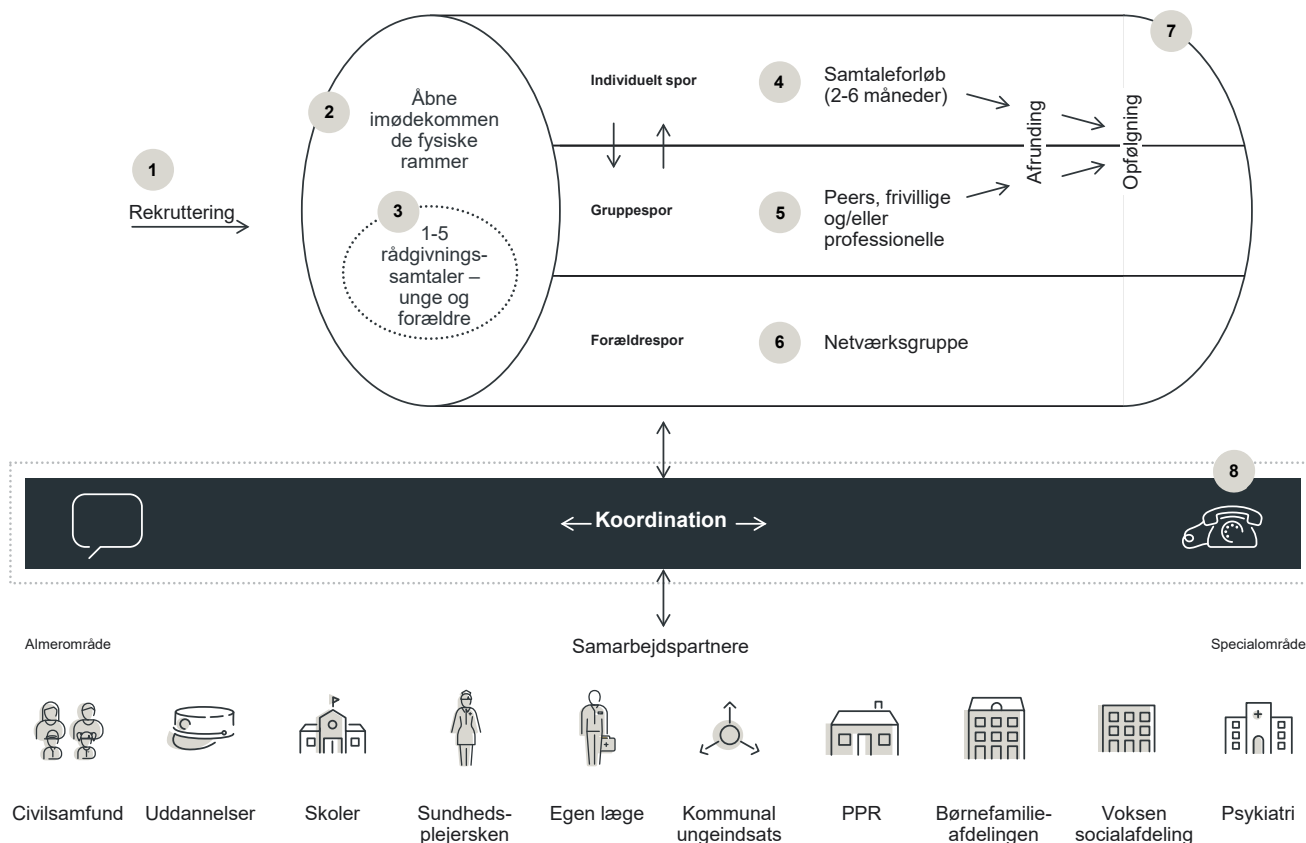
Kerneelementerne i modellen udgør de essentielle funktioner i den samlede indsats – de er handleprincipper for praksis. Det betyder, at kerneelementerne er operationelle i den forstand, at de markerer handlinger til at styrke den forebyggende indsats for psykisk sårbare unge. De anviser ikke konkrete metoder eller programmer, men handlingsrettede principper for arbejdet. Og de tegner et billede af væsentlige fokusområder og opmærksomhedspunkter i samarbejdet om og indsatsen til de unge.

¹ <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/strategi-for-udvikling-af-sociale-indsatser>.

² <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/vidensnotat-beskrivelse-af-en-model-for-et-forebyggende-kommunalt-tilbud-til-psykisk-sarbare-unge>.

den samlede indsats, men at det ikke er fast defineret, hvordan den enkelte kommune præcist skal gå frem for at efterleve kerneelementet. Med andre ord er der rum for en lokal omsætning af kerneelementerne.

Figur 1: Grafisk fremstilling af indsatsmodellen og kerneelementerne i denne



1.2 Midtvejsevalueringens formål

Den samlede evaluering af projektet skal jf. SUSI give viden, der gør det muligt at vurdere, om indsatsmodellen:

- Er færdigudviklet og defineret
- Er succesfuldt implementeret i projektkommunerne
- Har vist lovende resultater
- Ikke er urealistisk dyr for kommunerne at implementere.

Formålet med evalueringen er altså dels at dokumentere, hvordan og i hvilken grad indsatsmodellens kernelementer implementeres i projektkommunernes tilbud, dels hvilken virkning kommunernes tilbud har for hvilke delmålgrupper og under hvilke omstændigheder. I evalueringen af indsatsmodellens virkning er der i særdeleshed fokus på virkningerne for de unge og forældre, der benytter tilbuddet, men også på hvilke organisatoriske resultater det skaber at arbejde ud fra indsatsmodellen.

Evalueringen har både et summativt og et formativt sigte. *Midtvejsevalueringen* har særligt et formativt sigte, hvor fokus undervejs i dataindsamling og analyse har været rettet mod, at den viden, der tilvejebringes, skal bidrage til at belyse implementeringserfaringer og understøtte læring og

tilpasning af indsatsen, som kan bringes i spil lokalt i projektkommunerne i den resterende projektperiode. Ligeledes er midtvejsevalueringen en vigtig del vidensgrundlaget for Socialstyrelsens justering af den nationale indsatsmodel.

CENTRALE EVALUERINGSSPØRGSMÅL I MIDTVEJSEVALUERINGEN

- Hvad kendetegner de unge og forældre, som modtager tilbuddet?
- Hvad er de nuværende erfaringer med at implementere og omsætte indsatsmodellens kerneelementer i praksis, og hvilke faktorer hhv. fremmer og hæmmer en effektiv implementering?
- Hvad er det nuværende organisatoriske udbytte ved brugen af indsatsmodellen?
- Hvilke resultater for de unge skaber indsatsen midtvejs i implementeringsprocessen?
- Hvilken viden er der om kommunernes etableringsomkostninger forbundet med ibrugtagningen af indsatsmodellen?

Midtvejsevalueringen er foretaget på tværs af de ni kommuner, og nærværende evalueringsrapport formidler derfor de centrale, tværgående erfaringer og resultater. Undervejs i rapporten fremtrækkes anonymiserede eksempler og cases fra praksis, der nuancerer og understreger særlige opmærksomhedspunkter.

1.3 Læsevejledning

Evalueringsrapporten er opdelt i seks kapitler, som hver består af en række afsnit.

I **kapitel 1**, som indleder evalueringsrapporten belyser vi rapportens metoder og datakilder. I **kapitel 2** præsenterer vi et resumé med hovedkonklusioner. I **kapitel 3** beskriver vi en karakteristisk af de unge og forældre, som modtager tilbuddet. Vi belyser blandt andet hvilke delmålgrupper kommunerne på nuværende tidspunkt lykkes med/har svært ved at rekruttere. I **kapitel 4** introduceres viden om kerneelementerne i indsatsen. Mere konkret gennemgår vi kommunernes erfaringer med at omsætte udvalgte kerneelementer i indsatsmodellen i praksis. Vi beskriver eksempler fra praksis og identificerer fremmende og hæmmende faktorer for implementeringen. Der identificeres endvidere en række organisatoriske forudsætninger, som har betydning for, i hvilken grad modellen kan omsættes i praksis med det ønskede organisatoriske og borgerrettede udbytte til følge. I **kapitel 5** formidler vi viden om foreløbige resultater for de unge. Kapitlet skitserer de foreløbige resultater i trivsel og livsmestring samt symptomer på angst og depression for de unge, som indtil nu har modtaget tilbuddet.

I **kapitel 6** præsenterer vi viden om etableringsomkostninger. Kapitlet indeholder en deskriptiv belysning af den viden, der er indsamlet om kommunernes etableringsomkostninger i forbindelse med ibrugtagningen af indsatsmodellen.

Foruden ovennævnte kapitler indeholder evalueringsrapporten to bilag. **Bilag 1** præsenterer en midtvejsvurdering af indsatsmodellen. For hvert af de tre parametre relevans, implementerbarhed og rentabilitet opsummeres det billede, den tilvejebragte viden i midtvejsevalueringen tegner af indsatsmodellen, og vurderingen markeres med en rød, gul eller grøn status på hvert parameter. **Bilag 2** uddyber evalueringsrapportens metoder og datakilder. Bilaget viser konkret en oversigt over og beskrivelse af de datakilder, som denne evalueringsrapport bygger på.

1.4 Metoder og datakilder

For at tilvejebringe den relevante formative viden om indsatsmodellen benytter Rambøll de løbende dataindsamlingsaktiviteter til at udføre en 360 graders belysning af de foreløbige erfaringer med indsatsmodellen i de ni kommuner. Belysningen trækker på både kvantitative og kvalitative datakilder samt perspektiver fra både projektledere og nøglemedarbejdere, ledere, samarbejdspartnere samt unge og forældre. Tilsammen muliggør de udvalgte datakilder og metodiske greb en tværgående analyse af indsatsmodellens relevans, implementerbarhed og rentabilitet.

De kvantitative datakilder indbefatter før- og eftermålinger af de unges trivsel, styrker og vanskeligheder samt symptomer på angst og depression:

- **Alle unges trivsel** er undersøgt med **WHO-5-trivselsindeks**. WHO-5 er et valideret måleredskab og kan anvendes som et mål for en persons generelle trivsel eller velbefindende³. De unge udfylder WHO-5 ved opstart i tilbuddet, efter gennemførelse af rådgivningssamtaler (en til fem samtaler) samt ved afslutning af indsatsen. Endvidere bliver de unge også bedt om at udfylde WHO-5 i forbindelse med den faste opfølgning ca. tre måneder efter indsatsens afslutning.
- For også at indsamle systematisk viden om **de unges vurdering af indsatsens relevans** og det udbytte, de oplever som følge af at modtage indsatsen, svarer de unge ligeledes på et mindre antal surveysspørgsmål om det konkrete indhold i indsatsen på samme tidspunkter, som de udfylder WHO-5. Forældre, som modtager tilbuddet, har ligeledes fået spørgsmålene vedrørende udbytte og relevansen af indsatsens indhold tilsendt efter rådgivningssamtaler samt ved afslutning og opfølgning.
- **De unge, som deltager i et indsatsspor** (individuel samtaleterapi jf. kerneelement 4 eller gruppeforløb jf. kerneelement 5) og derved vurderes til at have en vis grad af dybere-liggende udfordringer, bliver ved opstart og afslutning af indsatssporet bedt om at udfylde følgende validerede måleredskaber:
 - **Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)**, som afdækker den unges ressourcer og vanskeligheder i relation til følelsesmæssige og adfærdsmæssige symptomer, hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder, vanskeligheder i forhold til jævnaldrende samt sociale styrkesider.
 - **Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)**, der afdækker graden af symptomer på forskellige typer af angst, herunder socialfobi, OCD, panikangst, generaliseret angst, separationsangst samt angst for fysiske skader.
 - **Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)**, som afdækker symptomer på depression ved hjælp af spørgsmål om, hvordan den unge har følt eller handlet for nylig.

Derudover sker der en kvantitativ registrering af baggrundsviden om de unge, som bl.a. indbefatter viden om deres uddannelses- og beskæftigelsesstatus, evt. fravær, boligsituation, familieforhold mv.

Viden indsamlet kvantitativt triangulerer vi med **viden fra kvalitative interview**. Konkret er der gennemført følgende dataindsamlingsaktiviteter:

- **Lokale casebesøg** i alle ni kommuner, hvor projektledere, ledere, medarbejdere og centrale samarbejdspartnere har deltaget i interview. Vi har i de lokale casebesøg særligt haft fokus på at indsamle viden om fremdriften i tilbuddenes implementering af modellen, herunder også hvilke drivkræfter og barrierer medarbejdere, projektledere og ledere i tilbuddene har oplevet i takt med implementeringen.

³ <https://vidensportal.dk/dokumentation/udsatte-voksne/WHO-5>

- Tilsvarende er der gennemført **interview med udvalgte unge og forældre** i hver kommune. Disse interview er gennemført enten ved fysisk fremmøde i forbindelse med casebesøgene eller som telefon- eller virtuelle interview af hensyn til informanternes mulighed for at deltage.
- **Virtuelle gruppeinterview** med projektledere og ledere fra de ni kommuner med fokus på at afdække **etableringsomkostningerne** forbundet med at tage tilbuddet i brug.

I bilag 2 fremgår en detaljeret beskrivelse af metoder og datakilder.

2. RESUME OG HOVEDKONKLUSIONER

2.1 Hvad har midtvejsevalueringen vist om målgruppen?

Ved midtvejsevalueringen er der viden om 1.057 unge og 232 forældre, som er i gang med eller har afsluttet et forløb i de ni kommunale tilbud. Midtvejsevalueringen viser, at der på nuværende tidspunkt er flere af de yngste unge (13-17 år) end de ældste unge (18-25 år), som gør brug af tilbuddene. Konkret udgør den yngste del af målgruppen 64 pct. og de ældste 36 pct. Der ses samtidig en klar overvægt af piger i tilbuddene, som pt. udgør 72 pct. af målgruppen.

Målgruppen af unge i tilbuddene er kendetegnet ved at have relativt komplekse udfordringer. For det første ses det, at de ved henvendelse i tilbuddet har en relativt lav grad af trivsel (målt med WHO-5). 65 pct. af målgruppen er i risiko for depression eller stressbelastning, når de henvender sig. Billedet er mere udtalt for pigerne, hvor det er 70 pct., som er i risiko mod 52 pct. af drengene.

For det andet er gruppen af unge typisk karakteriseret ved at have flere problemstillinger, som kan være årsagen til, at de henvender sig i tilbuddet. 65 pct. har to eller flere problemstillinger, som påvirker deres psykiske helbred. De mest udbredte problematikker er a) tegn på depression, angst og/eller stress, b) svagt socialt netværk og relationer og c) lav selvfølelse. Også selvskadende adfærd er udbredt blandt målgruppen.

Denne relativt høje grad af belastning hos de unge er endvidere afspejlet i, at 55 pct. af de unge også tidligere har modtaget støtte i relation til de samme problemstillinger. Det kan fx være gennem anden kommunal hjælp eller ved privat psykolog.

Qua de unges alder, hvor tilbuddene pt. har flest af de yngste unge, ses et klart billede af, at de unge, som modtager et forløb, typisk er under uddannelse. Konkret er 84 pct. af de unge under uddannelse, mens de gør brug af tilbuddet. Heraf er 48 pct. i gang med grundskolen, mens 26 pct. er ved at gennemføre en gymnasial uddannelse. Kun 6 pct. af de unge går på EUD, ligesom 8 pct. er tilknyttet en FGU. Knap 40 pct. af de unge er kendetegnet ved, at de har en del fravær fra deres skole/uddannelse, som kan antages at have en vis sammenhæng med de psykiske udfordringer, de oplever.

2.2 Hvad har midtvejsevalueringen vist om den nuværende implementering af kerneelementerne Rekruttering, Rådgivningssamtaler og Koordination

Der er på nuværende tidspunkt et tilfredsstillende erfaringsgrundlag med **kerneelementet Rekruttering og henvisning**, som er et af de kerneelementer, kommunerne fra start har haft stort fokus på at implementere, da det skal sikre det ønskede optag af unge og forældre i indsatsen. Erfaringerne og data viser, at kommunerne primært rekrutterer målgruppen til indsatsen via relevante samarbejdspartnere (fx PPR, skoler, ungdomsuddannelser, kommunale sagsbehandlere og sundhedsplejersker). Tilbuddenes rekrutteringsstrategi er derfor i mindre grad målrettet de unge selv. De fleste unge henvender sig således til tilbuddene som følge af, at en fagperson har fortalt dem om tilbuddet og/eller opfordret dem til at opsøge det.

Kommunernes implementering af kerneelementet Rekruttering og henvisning resulterer lige nu i den føromtalt skæve fordeling i alder og køn, hvor der er flest af de yngste og flest piger i tilbuddene. Tilsvarende er der rekrutteret et relativt lavt antal forældre til tilbuddene på nuværende tidspunkt.



Det er et særligt opmærksomhedspunkt i det videre arbejde med kerneelementet, at der bør fokuseres mere på, hvordan man gennem justeringer i brugen af kerneelementet kan rekruttere **flere drenge, flere forældre** samt **flere af de ældste unge** til tilbuddene.

Kerneelementet Rådgivningssamtaler er der på tilsvarende vis et tilfredsstillende erfaringsgrundlag med, og de interviewede unge og forældre tilkendegiver stor tilfredshed med indholdet og udbyttet af samtalerne. Det er forskelligt, hvad medarbejderne, som udfører samtalerne, har fokus på. I nogle kommuner er der lagt stor vægt på princippet om åbenhed, hvor den unge styrer samtalerens fokus, og i andre er der lagt vægt på princippet om systematisk afdækning, og samtalerne sker således med brug af en guide til afdækning, der sikrer viden om en række forskellige dimensioner af de unges trivsel. I de kvalitative interview med de unge fortæller de om tilfredshed, uanset hvilken tilgang de er blevet mødt af. For de unge og forældrene er princippet om at kunne komme hurtigt i gang med rådgivningssamtalerne det helt afgørende for oplevelsen af tilbuddets relevans og brugbarhed.



Det er et særligt opmærksomhedspunkt i det videre arbejde med kerneelementet, at der i **kommuner med længere ventetid** bør være fokus på, hvordan denne kan nedbringes som en del af deres justerede arbejde med kerneelementet.

Midtvejsevalueringen viser, at **kerneelementet Koordination** er det kerneelement, som pt. er implementeret i mindst omfang. Kommunerne har på nuværende tidspunkt erfaring med koordination og øget tværprofessionelt samarbejde i relation til rekruttering og henvisning, men har endnu ikke i tilfredsstillende grad implementeret systematisk koordination til øvrige kommunale, regionale og/eller private tilbud undervejs og ved afslutning af de unges forløb. Dette medfører bl.a., at flere unge tilkendegiver, at de ved forløbets afslutning ikke har overblik over, hvad der er den videre plan for deres forløb, eller har viden om, hvilke andre tilbud der findes i kommunen.



Der ses et **stort potentiale for yderligere implementering af dette kerneelement**, som foruden at have betydning for de unges oplevelse i tilbuddene vil have indflydelse på, om de unge, som har brug for mere omfattende støtte, hjælpes videre til andre tilbud, og således har mulighed for at opnå en mere varig positiv udvikling, end dette tilbud vil kunne give dem. Koordination er også afgørende for, om kommunerne opnår de potentielle organisatoriske gevinster i forhold til tværprofessionelt samarbejde og sammenhæng i tilbudsviften ved at gøre brug af tilbuddet.

2.3 Hvad har midtvejsevalueringen vist om de foreløbige resultater for målgruppen?

Resultaterne for de unge er belyst gennem progressionsmålinger vedrørende trivsel (WHO-5). I disse målinger ses et billede af, at de unge generelt oplever en stigning i trivsel fra opstart til efter rådgivningssamtalerne. Hos de unge, som også har gennemført et indsatsspor, ses der endvidere endnu en stigning i trivsel. Der ses på nuværende tidspunkt ikke en forskel i, hvor meget hhv. piger og drenge stiger i deres trivsel. Til gengæld viser der sig et billede af, at pigerne generelt starter ud på et lavere niveau end drengene, men på tilsvarende vis oplever en fremgang. Vi kan også se, at jo flere problematikker de unge vurderes til at have ved henvendelse, jo lavere trivsel starter de ud med at have.

For de unge, som har deltaget i et indsatsspor, og som derfor har udfyldt en før- og eftermåling i SDQ, SCAS og MFQ, ses der i alle tre typer af målinger en lille fremgang fra start til slut. Vi ser her et billede af, at de yngste unge (13-17-årige) starter ud med flere vanskeligheder og tegn på angst og depression, end de ældste unge gør, men at de på samme måde som de ældste oplever fremgang. På samme måde som i trivselsmålingerne ses et klart billede af sammenhæng mellem problemtungde – dvs. antallet af problematikker, som medarbejderne har vurderet, at den unge har ved henvendelse – og graden af vanskeligheder og tegn på angst og depression.

2.4 Hvad har midtvejsevalueringen vist om etableringsomkostninger?

Analysen af de ni kommuners etableringsomkostninger har udmøntet sig i en foreløbig omkostningsvurdering på niveau 3, jf. Socialstyrelsens retningslinjer for økonomiske analyser⁴. Niveau 3 betyder, at det på nuværende tidspunkt er muligt at foretage et skøn af omkostningerne på baggrund af kvalitative data, uden at det er muligt at kvantificere og/eller prisfastsætte. Det kvalitative datamateriale viser, at etableringen af denne type indsats først og fremmest forudsætter etableringen af et team til varetagelse af indsatsen bestående af en projektleder, en socialrådgiver og en psykolog. Alle ni kommuner har desuden haft udgifter til rekrutteringsaktiviteter rettet mod samarbejdspartnere samt markedsføring målrettet unge og forældre. Alle kommuner har beskrevet rekrutteringen af de unge som værende en ressourcekrævende del af etableringen. For nogle kommuner har der endvidere været udgifter forbundet med at finde og indrette lokaler til afholdelse af indsatsen.

På baggrund af de indsamlede oplysninger er det forventningen, at der i forbindelse med slutevalueringen kan beregnes et foreløbigt estimat over de etablerings- og driftsomkostninger, som er forbundet med indsatsen, ligesom der kan udarbejdes en beskrivelse af hvilke antagelser samt konkrete aktiviteter og ressourcer, som ligger til grund for estimatet. Der er i datagrundlaget om de unge, som modtager indsatsen, detaljeret viden om antallet af unge som modtager indsatsen samt om hvor mange aktiviteter, de deltager i. Hvis det bliver muligt at kvantificere omkostningerne, er det derfor forventningen, at disse vil kunne opgøres pr. deltager, hvorfor den endelige omkostningsvurdering potentielt kan ende på niveau 2, jf. Socialstyrelsens retningslinjer for økonomisk analyse af sociale indsatser⁵.

⁴ https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som-og-okonomiske-analyser/Retninglinjer_okonomiske_analyser

⁵ https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som-og-okonomiske-analyser/Retninglinjer_okonomiske_analyser

3. KARAKTERISTIK AF DE UNGE SOM MODTAGER TILBUDET

Formålet med dette kapitel er at tegne et billede af, hvilke unge der modtager et forløb i tilbuddene. Vi beskriver således, hvad der kendetegner de unge, som modtager tilbuddet i forhold til bl.a. køns- og aldersfordeling, uddannelses- og beskæftigelsesstatus, hvilke udfordringer de har brug for støtte til at håndtere, samt hvilken grad af trivsel de er i, når de starter i forløbet.

Denne karakteristik af de unge baseres på viden, som er indkommet via medarbejdernes registreringer af baggrundsviden om de unge ved opstart og undervejs i deres forløb. Disse registreringer suppleres med data fra de unges udfyldelse af WHO-5 i forbindelse med opstart samt kvalitativ viden indhentet gennem interview med medarbejdere og unge.

MÅLGRUPPEN SOM KAN MODTAGE ET FORLØB I TILBUDET

Målgruppen er psykisk sårbare unge i alderen 13-25 år samt forældre til psykisk sårbare unge. Psykisk sårbarhed dækker over et bredt spektrum af tilstande fra varierende grader af stress, tristhed og søvnproblemer til lettere depressioner og spiseforstyrrelser, angst og lignende. De unge i målgruppen forventes at udvise konkrete tegn på psykisk sårbarhed som baggrund for at modtage hjælp i det forebyggende tilbud. Unge med psykiatriske diagnoser og problemstillinger, som enten modtager eller afventer behandling i psykiatrien, er ikke omfattet af målgruppen. Målgruppen for tilbuddet er således ikke målgruppe for den regionale behandlingspsykiatri, men kan eventuelt tidligere have været tilknyttet et psykiatrisk behandlingsforløb.

Forældrene i målgruppen kan både være forældre til unge, som modtager hjælp i det forebyggende kommunale tilbud og forældre til psykisk sårbare unge, som ikke modtager hjælp i tilbuddet.

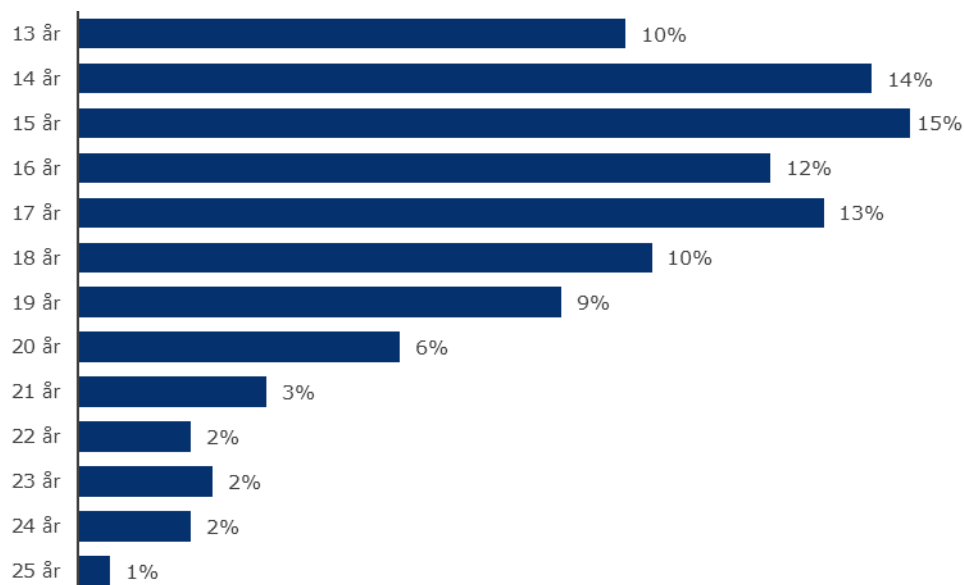
Kilde: Vidensnotat: Beskrivelse af en model for kommunalt forebyggende tilbud til psykisk sårbare unge.

3.1 Hvad kendetegner de unge, som deltager i kommunernes forløb?

Pr. 1. september 2021 var der hhv. 1.057 unge og 232 forældre registreret i puljen, dvs. på tværs af de ni deltagende kommuner. I dette afsnit beskriver vi den aktuelle viden om de unge i puljen: deres alder, kønsfordeling, uddannelses- eller beskæftigelsesstatus, tilknytning til socialt netværk, årsager til henvendelse i tilbuddene mv.

3.1.1 Aldersfordeling

Puljens målgruppe er 13-25-årige. Tabellen nedenfor illustrerer aldersfordelingen blandt de unge, der henvender sig til tilbuddet. Af tabellen kan det ses, at der midtvejs i projektperioden er registreret 64 pct. unge i alderen 13-17 år og 36 pct. i alderen 18-25 år. Der ses med andre ord på nuværende tidspunkt et klart billede af, at tilbuddet på tværs af de ni kommuner primært benyttes af den yngste del af målgruppen.

Tabel 1: Aldersfordelingen blandt unge de unge, der henvender sig til tilbuddet

Kvalitative interview med ledere, projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere har afdækket, at denne aldersfordeling kan skyldes flere ting. For det første anser de involverede fagpersoner i kommunerne det som en naturlig konsekvens af, at der er tale om et forebyggende og mindre indgribende tilbud, der henvender sig til unge, hvis udfordringer endnu ikke har vokset sig til større problemer. For det andet afspejler den nuværende aldersfordeling den rekrutteringsstrategi, som de fleste kommuner indtil videre har haft. Her har strategien for manges vedkommende været at rekruttere unge gennem udbredelse af kendskab til tilbuddet gennem centrale samarbejdspartnere i form af fagpersoner tæt på de unge, som kan fortælle den unge om tilbuddet, eller direkte hjælpe den unge med at opsøge tilbuddet. Disse centrale samarbejdspartnere er i mange kommuner primært fagpersoner, som er i kontakt med den yngste del af målgruppen: personale på grundskoler, PPR, sundhedspleje, UU-vejledere, myndighedssagsbehandlere i børn- og familieafdeling mv. I mindre grad er der også kommuner, som har etableret et tæt samarbejde med jobcentre og ungdomsuddannelser, hvorfor der som følge heraf må forventes at se en aldersfordeling, hvor der er flere af de yngste og færre af de ældste unge i deltagergruppen.

Data viser endvidere, at flest af de yngste vælger at gøre brug af muligheden for at have deres forældre med til samtalerne i tilbuddet. Sammenligner vi den yngste gruppe (13-17-årige) med den ældste gruppe (18-25-årige), ses der som forventet en forskel, hvor 37 pct. af de yngste har en eller begge forældre med, hvilket kun er tilfældet for de 10 pct. af de ældste. Det kan således også have betydning for den aldersmæssige fordeling i tilbuddet, at flere af de yngste har forældre, som understøtter deres kontakt til og forløb i tilbuddet, hvor flere af de ældste i højere grad kommer på eget initiativ og således selv skal indgå og fastholde kontakten med tilbuddet.

3.1.2 Kønsfordeling

Af de 1.057 unge er 72 pct. piger/kvinder og 28 pct. drenge/mænd. Der ses således en klar overvægt af piger i tilbuddene. 69 pct. af pigerne er mellem 13-17 år, og 31 pct. er 18-25 år. Blandt drengene er der en lidt mere ligelig fordeling. 53 pct. er under 18 år, og 47 pct. er over 18 år. Der er således signifikant flere piger end drenge i aldersgruppen 13-17 år.

Den skæve kønsfordeling i tilbuddet er til dels forventelig. Forskning i børn og unges trivsel viser fx, at flere piger og kvinder end mænd og drenge opsøger hjælp til psykisk sårbarhed/lidelse⁶, og statistik fra BørneTelefonen giver ligeledes et billede af, at psykisk mistrivsel er emnet i flere samtaler med piger end med drenge⁷. Forskning viser imidlertid, det ikke er blandt de unge kvinder, at den største procentvise stigning over tid i andelen med dårligt mentalt helbred ses⁸. I stedet er det overordnet set de unge mænd i aldersgruppen 16-24 år, der har oplevet den største stigning i andelen med dårligt mentalt helbred. Den udtalte skæve kønsfordeling i tilbuddet giver derfor stof til eftertanke og tages op som et særligt opmærksomhedspunkt i forhold til bl.a. implementering af kerneelementet Rekruttering og henvisning senere i rapporten.

I de følgende tabeller har vi samlet data om en række variable om de unge, som kan være med til at karakterisere målgruppen. I tabellerne har vi valgt at vise den kønsmæssige fordeling indenfor udvalgte variable, således at eventuelle forskelle mellem drenge og piger står tydeligt frem i analyserne.

3.1.3 Viden om de unges udfordringer

I tabel 2 nedenfor vises den viden, vi på nuværende tidspunkt i puljen har om de unges udfordringer. Data kommer fra de stamdata, som medarbejderne i de ni kommunale tilbud indtaster i it-systemet Rambøll Resuls, når en ung starter op i tilbuddet, efter rådgivningssamtaler samt ved afslutning af det samlede forløb. Her bliver medarbejderne bedt om at angive, hvad der lader til at være den unges årsager til at henvende sig i tilbuddet. Medarbejderne har både mulighed for at registrere henvendelsesårsager, som de unge selv fortæller om, og kan også registrere årsager, som den unge ikke direkte har fortalt om, men som medarbejderne med deres faglige skøn og analyse vurderer, at den unge er udfordret af. Der er endvidere mulighed for at angive flere forskellige årsager/problemtyper, hvorfor der på den måde også indsamles viden, som kan give et billede af den formodede problemtyngde ved opstarten i tilbuddet.

Medarbejderne angiver også, om den unge aktuelt modtager eller tidligere har modtaget anden form for støtte i relation til samme problemstilling(er). Anden form for støtte kan fx være i form af kommunale ydelser efter SEL § 11.3 eller § 76. Det kan også være særlig støtte i skolen. Eller det kan dække over, at den unge går/har gået hos en privatpraktiserende psykolog eller terapeut.

Endvidere er der også viden om de unges trivselsniveau ved opstart, da de her udfylder WHO-5, som er et mål for trivsel. I tabel 2 nedenfor er det angivet, hvor mange unge der ligger over eller under den definerede grænse for, om den unge kan siges at være i eller uden for risiko for depression eller stressbelastning⁹.

⁶ Bl.a. Ottosen M.H. et al (2014): "Børn og unge i Danmark – velfærd og trivsel". SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (nu VIVE).

⁷ Børns Vilkår: Fokusrapport 2018/2: Samtaler om psykisk mistrivsel på BørneTelefonen.

⁸ Bl.a. Andersen S.H. et al (2020): "Danskernes mentale sundhed – udvikling, baggrund og konsekvenser. Rockwool Fonden.

⁹ Pointtal under 50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning. Pointtal over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning.

Tabel 2: Viden om de unges udfordringer

Køn	Drenge		Piger	
	28%	100%		72%
Alder				
13-17 år	53%	65%		69%
18-25 år	47%	35%		31%
Årsager til henvendelse				
Depression, angst, stress	55%	56%		57%
Svagt socialt netværk og relationer	46%	52%		54%
Lav selvfølelse	37%	41%		42%
Andre problemstillinger	42%	38%		36%
Selvskadende adfærd	14%	22%		25%
Problemtygde				
1 problemstilling	41%	35%		33%
2 problemstillinger	30%	34%		35%
3 problemstillinger	20%	18%		17%
4 problemstillinger	6%	9%		10%
5 problemstillinger	2%	3%		4%
Ukendt problemstilling	1%	1%		1%
Modtager/modtog støtte				
Modtager ingen støtte	48%	45%		44%
Tidligere modtaget støtte	33%	36%		38%
Tidligere modtaget og modtager støtte	12%	13%		13%
Modtager støtte	7%	6%		6%
Trivsel ved opstart				
I risiko for (<=50)	52%	65%		70%
Udenfor risiko (>50)	48%	35%		30%

Note:

Køn, alder, årsager til henvendelse, problemtygde: n=290 drenge & 757 piger.

Modtager/modtog støtte: n=250 drenge & 672 piger.

Trivsel ved opstart: n=187 drenge & 567 piger.

Mørkere farver indikerer, at der er signifikant forskel på drenge og piger.

"Andre problemstillinger" (Årsager til henvendelse) refererer til medarbejdernes udfyldelse af fritekstfelt med mulighed for at angive/udbyde årsager til henvendelse, fx seksualitet, tankemylder, konkrete diagnoser fx ADHD og autisme, konkrete traumatiske hændelser, sorg, utilfredshed med eget kropsbillede etc.

"Ukendt problemstilling" (Problemtygde) henviser til, at der ikke er angivet en årsag til henvendelse.

De unges besvarelse af WHO-5 i forbindelse med deres opstart giver et billede af, at der er tale om en gruppe af unge, som er præget af at være **i risiko for lav trivsel** i form af depression eller stressbelastning. 65 pct. af alle unge scorer et pointtal under 50, hvilket indikerer en risiko for lav trivsel. Der er signifikant flere piger end drenge, som dette er gældende for. Konkret er 70 pct. af pigerne i risiko for lav trivsel, mens det samme gør sig gældende for 52 pct. af drengene. Der ses også en forskel, når vi sammenligner aldersgrupperne, hvor 65 pct. af de yngste (13-17 år) ligger i risiko for lav trivsel, mens dette gør sig gældende for 70 pct. af de ældste (18-25 år).

I forhold til **årsagerne til de unges henvendelse i tilbuddene og formodet problemtygde** ses det i registreringerne, at medarbejderne i 65 pct. af tilfældene vurderer, at der ligger to eller flere problematikker til grund for de unges henvendelse ("Problemtygde" i tabellen). Det tegner et billede af, at de unge, som henvender sig i tilbuddet, oplever en vis kompleksitet i de udfordringer, der får dem til at opsøge hjælp.

Når vi ser på, hvilken type af problematikker medarbejderne ser som årsager til de unges henvendelse, ser vi, at 56 pct. af de unge vurderes til at have **tegn på depression, angst og/eller stress**. Dette billede er ens for piger og drenge, men forskelligt for de to aldersgrupperinger, hvor depression, angst og/eller stress vurderes at være en årsag til henvendelse for 52 pct. af de 13-17-årige og 63 pct. af de 18-25-årige.

52 pct. af de unge vurderes af medarbejderne til at have **problemer med socialt netværk og relationer**, som er årsag til, at de har brug for støtte fra tilbuddet. Socialt netværk og relationer dækker her over *problemer i skolen, problemer i den unges hjem, mobning og/eller problemer i forhold til venner og andre sociale relationer*. Her er der en signifikant forskel på piger og drenge, hvor denne årsag til henvendelse er gældende for 54 pct. af pigerne og 46 pct. af drengene. Sammenligner vi den yngste og den ældste gruppe, tegner der sig et billede af, at udfordringer med sociale relationer gør sig gældende for flere i den yngste gruppe. Således er det 56 pct. af de 13-17-årige, hvor problemer med socialt netværk og relationer er en årsag til henvendelse. For de 18-25-årige gælder det for 43 pct.

Efter rådgivningssamtalerne med den unge er gennemført, registrerer medarbejderne igen viden om den unges tilknytning til deres sociale netværk (ikke afbilledet i ovenstående tabel). Her fremgår det, at 34 pct. af de unge vurderes til at have et **godt netværk**. 41 pct. vurderes til at have et socialt netværk, men at de har **perioder med mindre tilknytning** til dette. Dette er tilfældet for 44 pct. af pigerne og 34 pct. af drengene, hvilket betyder, at der er signifikant flere piger end drenge som oplever denne udfordring. 23 pct. af de unge vurderes til at have en **svag kontakt** med deres sociale netværk. Dette er tilfældet for 30 pct. af drengene og 20 pct. af pigerne, hvilket betyder, at der er signifikant flere drenge end piger, som oplever denne udfordring. Hhv. 4 pct. af drengene og 2 pct. af pigerne vurderes til at være direkte **isolerede og** uden tilknytning til socialt netværk.

Medarbejderne vurderer, at 41 pct. af de unge har udfordringer med **lav selvfølelse**, som kan være medvirkende til, at de henvender sig til tilbuddet. Lav selvfølelse dækker her over *lavt selvværd og/eller ensomhed*. Dette er et generelt billede på tværs af både køn og alder. Sammenligner vi piger og drenge, er der en mindre forskel, hvor 42 pct. af pigerne og 37 pct. af drengene vurderes til at have udfordringer med lav selvfølelse. Sammenligner vi aldersgrupperne, er der heller ikke nævneværdig forskel; 42 pct. af de 13-17-årige og 40 pct. af de 18-25-årige vurderes at have udfordringer med lav selvfølelse.

Det skal også fremhæves, at medarbejderne har angivet, at 22 pct. af de unge vurderes at have **selvskadende adfærd**. Kategorien selvskadende adfærd kan her dække over *selvskade, tegn på spiseforstyrrelser og/eller selvmordstanker*. Her er der også signifikant forskel på piger og drenge, idet 25 pct. af pigerne har selvskadende adfærd, hvor det ligger på 14 pct. for drengene. Sammenligner vi aldersgrupperne, er det 23 pct. af de 13-17-årige og 18 pct. af de 18-25-årige, hvor en henvendelsesårsag er selvskadende adfærd. Selvskadende adfærd må siges at være en alvorlig problematik, som det altså lader til, at mange af disse unge – især pigerne – kæmper med.

Ser vi nærmere på underkategorierne, er der 11 pct., som vurderes til at have problemer med selvskade, 9 pct., som viser tegn på spiseforstyrrelser samt 11 pct., som har eller har haft selvmordstanker. Det kan godt være de samme unge, som har tegn på to eller alle af disse problematikker. Andelen af unge, som vurderes til at have denne type af problematikker ved henvendelse, svarer således til den andel, som andre undersøgelser og statistikker viser, kæmper med fx selvskade og selvmordstanker.

Fx viser en opgørelse fra Center for Selvmordsforskning fra 2014 med over 23.000 besvarelser fra unge i alderen 13-19 år, at 18 pct. af de unge har forsøgt selvskade, herunder selvmordsadfærd¹⁰. Ligeledes viser BørneTelefonens opgørelse over emner, som børnenes henvendelser til linjen drejede sig om i 2020, at 6,4 pct. af de 13-15-årige, 7,7 pct. af de 16-17-årige og 10,7 pct. af de 18+-åriges opkald til BørneTelefonen handlede om selvmordstanker¹¹.

Som det fremgår i tabel 2, er der også 38 pct. af de unge som oplever "Andre problemstillinger". Denne kategori dækker over, at der er 5 pct. af de unge, som vurderes til at have henvendt sig pga. udadreagerende adfærd, 4 pct. har henvendt sig med udfordringer, som skyldes forbrug af rusmidler, samt 3 pct. har problemer med deres bolig-situation. Derudover har medarbejderne kunnet angive øvrige henvendelsesårsager i et fritekstfelt. Mange af disse angivelser falder ind under temaer, som kan siges at være medtaget under de definerede kategorier i tabellen, fx problemer med socialt netværk og relationer (der er bl.a. angivet problemer i familien forårsaget af skilsmisse eller højt konfliktniveau, psykisk sygdom hos pårørende, kærestesorger, manglende venskaber, skolevæg-ring mv.). Andre eksempler på nævnte problematikker ses i boksen til højre. Alt i alt er variationen af, hvilke problemer de unge henvender sig med, udtryk for den brede målgruppe for disse tilbud, som spænder aldersmæssigt bredt og kan indbefatte unge med brug for tidligt forebyggende, foregribende eller mere indgribende indsatser.



Andre problemstillinger blandt de unge (ikke udtømmende liste)

- Seksualitet og kønsidentitet
- Tankemylder
- Konkrete diagnoser som fx ADHD, autisme, OCD, Tourette, Aspergers, skizofreni
- Konkrete traumatiske hændelser
- Økonomi
- Sorg
- Utilfredshed med eget kropsbillede

Tilbuddene modtager både unge, som henvender sig for at få hjælp for første gang og unge, som også tidligere har modtaget støtte i relation til samme udfordringer. Som tabel 2 ovenfor viser, er der 45 pct., som ikke tidligere har modtaget støtte i relation til den/de problematikker, de henvender sig med. 55 pct. af de unge har enten tidligere modtaget støtte (36 pct.), modtager aktuelt anden støtte¹² (13 pct.) eller har både tidligere modtaget støtte og modtager aktuelt støtte (6 pct.) i relation til den/de samme udfordringer. Der ses en mindre forskel, når aldersgrupperne sammenlignes, hvor lidt flere af de yngste (13-17 år) ikke tidligere har modtaget støtte (46 pct.) sammenlignet med de ældste (18-25 år), hvor 42 pct. ikke har modtaget støtte tidligere. Der ses med andre ord et billede af, at lidt mere end halvdelen af de unge har været i kontakt med forebyggende/støttende tilbud tidligere, men fortsat oplever et behov for hjælp til den psykiske sårbarhed, som de er udfordret af.

3.1.4 Uddannelses- og beskæftigelsesstatus

I tabel 3 formidles den viden, vi på nuværende tidspunkt har om de unges uddannelses- og beskæftigelsesstatus. Datagrundlaget er baseret på stamdata, som medarbejderne i de ni projektkommuner har indberettet efter de en til fem rådgivningssamtaler, som alle unge modtager. Nærmere bestemt har medarbejderne angivet, 1) den unges uddannelses- og beskæftigelsesstatus, 2) hvilken uddannelse den unge er tilknyttet, samt 3) i hvilken grad den unge møder op til undervisningen. Tabel 3 nedenfor illustrerer de foreløbige data fordelt på køn.

¹⁰ Center for Selvmordsforskning (2014): "Unge selvskadende adfærd og forebyggelse heraf".

¹¹ BørneTelefonen (2021).

¹² I de tilfælde, hvor den unge modtager en anden støtte samtidig med dette tilbud, kan dette fx være i form af, at den unge eller familien har tilknyttet en støttekontaktperson fra kommunen, eller at den unge har en særlig støtte tilknyttet i skolen eller lignende.

Tabel 3: Viden om de unges uddannelses- og beskæftigelsesstatus

Uddannelses- og beskæftigelsesstatus		Drengene		Piger	
Under uddannelse	78%	84%	87%		
Ledig eller støttet beskæftigelse	9%	5%	3%		
Beskæftigelse (ordinær)	3%	3%	3%		
Andet	3%	3%	3%		
Hverken under udd. eller meldt ledig	5%	3%	2%		
Sygemeldt eller førtidspension	2%	2%	1%		
Uddannelsestype					
Grundskole	39%	48%	51%		
Gymnasial udd.	31%	26%	25%		
FGU	8%	8%	8%		
10. klasse/efterskole	6%	7%	7%		
Erhvervsfaglig udd.	10%	6%	4%		
Anden udd.	4%	3%	3%		
Videregående udd.	2%	2%	1%		
Fravær på uddannelse					
Ingen fravær udover det normale	59%	61%	62%		
Nogle perioder med fravær	24%	25%	25%		
Flere og længere perioder med fravær	10%	9%	8%		
Meget højt fravær	6%	5%	5%		

Note:

Uddannelses- og beskæftigelsesstatus: n=269 drenge og 725 piger

Uddannelsestype: n=209 drenge og 619 piger

Fravær på uddannelse: n=185 drenge og 553 piger

Mørkere farver indikerer, at der er signifikant forskel på drenge og piger.

Tabel 3 viser, at der er signifikant kønsforskel på de unges **uddannelses- og beskæftigelsesstatus**. 87 pct. af pigerne er under uddannelse, mens det samme gør sig gældende for 78 pct. af drengene. Drengene er endvidere i signifikant højere grad ledige eller i støttet beskæftigelse sammenlignet med pigerne. Forskellene i de unges uddannelses- og beskæftigelsesstatus kan skyldes, at drengene ofte er ældre, når de opsøger tilbuddet – set i relation til pigerne.

Tabellen angiver yderligere de unges **uddannelsestype**. Her kan det ses, at 48 pct. går i grundskole og 26 pct. går på en gymnasial uddannelse. Tallene stemmer godt overens med kommunernes rekrutteringsstrategi, der typisk består i at opdyrke og vedligeholde relationer til samarbejdspartnere på særligt folkeskoler og gymnasier (se uddybning i afsnit 4.1.1). Blandt de øvrige uddannelsestyper kan det ses, at kun 6 pct. af de unge, som modtager tilbuddet, går på en erhvervsfaglig uddannelse. Af disse unge er der signifikant flere drenge end piger, der går på en erhvervsfaglig uddannelse.

UDNYTTET POTENTIALE I REKRUTTERINGSARBEJDET

For kommuner, som har EUD beliggende i kommunen, vil det være relevant at målrettet rekrutteringen til disse uddannelsesmiljøer. Både for at få tilbuddet tilgængeligt for flere unge på EUD og for potentielt at få fat i flere drenge, da drengene på nuværende tidspunkt har vist sig at være særligt vanskelige at rekruttere til tilbuddet.

Tilsvarende kan kommunerne med fordel orientere sig mod **den forberedende grunduddannelse (FGU)** og 10. klasse/efterskole i deres rekrutteringsindsats. Tabel 3 viser, at hhv. 7 og 8 pct. af de unge er tilknyttet 10. klasse/efterskole eller FGU. Der kan derfor være et uudnyttet potentiale i at synliggøre og formidle tilbuddet til elever på disse uddannelser.

Flere projektkommuner har dog ikke EUD eller FGU beliggende i kommunen. I de kvalitative interview fremhæver projektledere og medarbejdere i disse kommuner, at de har været forbeholdne med at opsøge den nærmeste FGU eller EUD, som ligger i en nabokommune, for at gøre opmærksom på tilbuddet, da flere elever vil være bosiddende i andre kommuner end projektkommunen, og at medarbejderne derfor vil være nødt til at afvise de unge, hvis de henvender sig til tilbuddet efter at have hørt om det på deres FGU eller EUD.

Sluttelig skitserer tabel 3 de unges **fravær på uddannelsen**. Medarbejderne vurderer, at 61 pct. af de unge ikke har fravær udover det normale, mens 25 pct. har nogle perioder med fravær. Derudover angiver medarbejderne, at 14 pct. enten har flere og længere perioder med fravær eller meget højt fravær. Billedet er ens for piger og drenge. Data antyder således, at flere af de unge har et relativt højt skolefravær. De unges fravær på uddannelsen kan formentlig sættes i relation til henvendelsesårsagen. Som tidligere nævnt vurderer medarbejderne, at cirka halvdelen af de unge henvender sig til tilbuddet som følge af problemer med socialt netværk og relationer (herunder problemer i skolen) samt lav selvfølelse (herunder ensomhed) (jf. afsnit 3.1.2). Der tegner sig således et billede af en målgruppe af unge, for hvem den psykiske sårbarhed har betydning for deres tilknytning til skolen.

4. VIDEN OM IMPLEMENTERING AF KERNEELEMENTERNE I INDSATSMODELLEN

Dette kapitel beskriver, hvordan der arbejdes med indsatsmodellen i praksis i de ni kommuner.

I dette kapitel beskrives den foreløbige viden om kommunernes lokale erfaringer med tre udvalgte kerneelementer. Disse kerneelementer er:

- **Rekruttering**
- **Rådgivningssamtaler**
- **Koordination.**

Der er truffet et valg om at fokusere på disse tre kerneelementer i midtvejsevalueringen, da det er disse tre elementer som 'kronologisk' er de første i indsatsmodellen, hvilket betyder, at det på nuværende tidspunkt er disse tre kerneelementer, der er mest erfaring med at omsætte i praksis. Og det betyder også, at implementeringen af netop disse kerneelementer har afgørende betydning for 'flowet' af unge og forældre ind i indsatsen. Hvis tilbuddene ikke lykkes med at implementere kerneelementerne vedr. rekruttering, rådgivningssamtaler og koordination på en virkningsfuld måde, vil der som konsekvens ikke komme det ønskede antal unge og forældre ind i indsatsen og videre til indsatsens spor (individuel terapi eller gruppeforløb), og den fulde model vil således ikke blive sat i spil og modnet. Derfor er det rent formativt vigtigt at indsamle og formidle viden om disse tre kerneelementer på nuværende tidspunkt, hvor projektkommunerne fortsat har mulighed for at justere deres indsats på baggrund af den viden, der er fremkommet i midtvejsevalueringen.

I kapitlet beskriver vi de foreløbige erfaringer med og eksempler på, hvordan kerneelementerne omsættes i praksis i de ni projektkommuner, ligesom vi identificerer faktorer, som kan siges at være fremmende eller hæmmende for omsætningen af kerneelementerne. Sluttelig sætter vi fokus på, hvilken form for organisatorisk udbytte der på nuværende tidspunkt er forbundet med at benytte indsatsmodellen.

Beskrivelsen af hvert kerneelement er struktureret således, at vi først angiver kommunernes erfaringer med og målgruppens perspektiver på kerneelementerne. Herefter præsenterer vi virksomme og praksisnære greb i kommunernes omsætning af kerneelementerne. Sluttelig udpeger vi centrale opmærksomhedspunkter, der knytter sig til kommunernes videre arbejde med kerneelementerne.

Analysen tager udgangspunkt i interviewede medarbejderes, projektlederens, lederes og samarbejdspartneres oplevelser af, hvordan udvalgte kerneelementer i indsatsmodellen er blevet omsat i implementeringen af modellen. Der er også indhentet viden om, hvordan de unge og forældrene har oplevet disse dele af indsatsen. Sidst, men ikke mindst er der også registreret kvantitative data om brugen af kerneelementerne, fx om hvordan de unge har hørt om tilbuddet (jf. kerneelementet Rekruttering), hvor mange rådgivningssamtaler der er givet (jf. kerneelementet Rådgivningssamtaler), samt om den unge skal videre til et andet tilbud (jf. kerneelementet Koordination).

Det er indtrykket fra kvalitative interview med projektledere og medarbejdere i de ni tilbud, at fokuset på indsatsmodellens kerneelementer er en støtte i implementeringsprocessen, hvor medarbejderne fokuserer arbejdet med indsatsen ved hjælp af kerneelementerne, som således bliver en systematik og et fælles udgangspunkt for implementeringsprocessen. Samtidig er der plads til en lokal tilpasning af, hvordan arbejdet med kerneelementerne konkret skal foregå, hvilket sikrer indsatsens relevans set i forhold til kommunens målgruppe af unge, organisering samt øvrige tilbudsvifte.

Alt i alt betyder dette, at kerneelementerne i indsatsen udgør de fælles pejlemærker for modningen af indsatsen – lokalt og på tværs af de ni kommuner.

4.1 Kerneelementet Rekruttering og henvisning



Formålet med kerneelementet **Rekruttering og henvisning** er at sikre et tilstrækkeligt kendskab til tilbuddet blandt psykisk sårbare unge og forældre til psykisk sårbare unge. Kerneelementet indebærer, at tilbuddet udarbejder en målrettet strategi og tilhørende aktiviteter i forhold til rekruttering af målgrupperne. Strategien skal indeholde overvejelser om, hvordan der kan skabes kontakt med målgrupperne, og herunder hvilke konkrete aktiviteter der skal iværksættes for at skabe opmærksomhed om tilbuddet.

Kommunerne har typisk omsat kerneelementet **Rekruttering og henvisning** gennem en tostrengt rekrutteringsstrategi: 1) Involvering af relevante samarbejdspartnere (fx PPR, skoler, ungdomsuddannelser, kommunale sagsbehandlere og sundhedsplejersker), som klædes på til at gøre unge og forældre i målgruppen opmærksomme på tilbuddet samt 2) udarbejdelse af markedsførings- og kommunikationsprodukter (fx opslag på sociale medier, tekst på kommunens hjemmeside, flyers, plakater og postkort).

Ifølge medarbejdere og projektledere i kommunerne udgør samarbejdspartnere det vigtigste greb i rekrutteringsarbejdet, hvilket evalueringens kvantitative materiale også indikerer. Data viser fx, at 59 pct. af de unge og 56 pct. af forældrene er blevet opmærksomme på tilbuddet via kommunale fagpersoner eller de unges skole/uddannelse. Omvendt har kun 8 pct. af de unge¹³ og 9 pct. af forældrene hørt om tilbuddet gennem deres personlige netværk (fx venner, bekendte eller familie). Tilsvarende er 54 pct. af de unge og 53 pct. af forældrene blevet opfordret til at tage kontakt til tilbuddet af en fagperson. Kun 11 pct. af de unge er blevet opfordret til at kontakte tilbuddet af deres forældre¹⁴. Kommunerne uddyber i det kvalitative materiale, at samarbejdspartnere udgør en særdeles vigtig rekrutteringskanal, da de har adgang til og stor kontaktflade med målgruppen i hverdagen – de kender de unge og kan gøre unge, som de ved har udfordringer med psykisk sårbarhed, opmærksomme på, at tilbuddet eksisterer. Samarbejdspartnere muliggør således en meget målrettet rekruttering af unge, som vil have gavn af tilbuddet.

Med det andet greb; formidling gennem infomateriale og opslag på sociale medier, sker en mere bred markedsføring til den generelle gruppe af unge og forældre, som således selv skal vurdere, om tilbuddet er relevant for dem og selv tage initiativ til at henvende sig. I nogle kommuner har projektledere og medarbejdere gode erfaringer med at fokusere på den brede markedsføring, fx ved at skrive ud på Aula, skolernes platform for elever, forældre og lærere, at tilbuddet kan være gavnligt til unge, som bl.a. kæmper med skolefravær.

Af medarbejdernes registreringer fremgår det endvidere, at 42 pct. af henvendelserne kommer fra de unge selv, mens cirka halvdelen sker ved, at en voksen – enten den unges forældre (27 pct.) eller en fagperson (26 pct.) – henvender sig på vegne af den unge. Der ses dog aldersbetingede forskelle i, hvem der foretager henvendelsen. For unge i alderskategorien 13-17 år er det i 39 pct. af tilfældene den unges forældre, som kontakter tilbuddet. Blandt unge i alderskategorien 18-25 år er i 55 pct. af tilfældene de unge selv og i 31 pct. af tilfældene fagpersoner, der henvender sig.

¹³ Der ses ingen alders- og kønsforskel i, hvordan målgruppen er blevet opmærksomme på tilbuddet.

¹⁴ Resultatet gør sig gældende på tværs af køn og alder.

UDSAGN FRA UNGE OG FORÆLDRE: REKRUTTERING



De unge fortæller typisk, at de har hørt om tilbuddet via fagpersoner – det kan være deres lærer, en UU-vejleder, praktiserende læge eller en kontaktperson, de i forvejen har i kommunen – eller gennem deres forældre. Ingen af de interviewede unge har selv hørt om tilbuddet og opsøgt det direkte.

"Min UU-vejleder opfordrede mig til at tage kontakt til tilbuddet, fordi jeg havde nogle forskellige sociale problemer. Det var også min UU-vejleder, der gav mig kontakt-oplysningerne. Hvis det ikke havde været for min UU-vejleder, havde jeg ikke hørt om tilbuddet eller fundet frem til det. Jeg vidste simpelthen ikke, at det eksisterede." (Ung)

"Hvis der skulle ændres noget, så skulle det være at reklamere mere for det. Det kunne være godt at række mere ud til teenagere, fx via sociale medier. Det kunne være rigtig fedt, at det blev spredt mere ud, at det eksisterer. Sådan så unge, der måske ikke har forældre, som anbefaler den slags til en, eller som ikke søger viden om forskellige tilbud, de kunne høre om det via Instagram eller andre sociale medier." (Ung)

De unge fortæller desuden, at de først og fremmest har opfattet tilbuddet som "gratis psykologsamtaler". De interviewede unge har således ikke til at starte med været opmærksomme på, at tilbuddet indeholder muligheden for at få et gruppeforløb.

"Jeg havde ikke de store forventninger til tilbuddet. Jeg vidste bare, at det var gratis, og at jeg kunne få noget psykologhjælp." (Ung)

Forældrene fortæller, at de typisk har søgt på nettet efter, hvilke tilbud der fandtes, eller har opsøgt læge eller en kontaktperson i kommunen og spurgt ind til, hvilken hjælp deres barn kunne få. I den forbindelse har den pågældende fagperson gjort opmærksom på tilbuddet. Forældrene har først og fremmest fået præsenteret tilbuddet som et tilbud for de unge og er først i forbindelse med kontakten til tilbuddet (samt evt. opstart af den unges forløb) blevet informeret om, at tilbuddet også kan indbefatte et forløb for dem selv som forældre.

"Vore læge fortalte, at der var et tilbud, der kunne hjælpe min datter. Men efter at jeg fik kontakt til tilbuddet, fandt jeg ud af, at det også var et tilbud til mig. Og det var jeg glad for. Jeg ville jo gerne lære, hvordan jeg skulle håndtere min datters situation." (Forælder)

Både unge og forældre fortæller, at det i deres første kontakt med og opstart i tilbuddet har været helt afgørende, at det er lettilgængeligt: **Det er gratis, den første kontakt sker hurtigt og efterfølgende kan man få sat gang i forløbet hurtigt.**

"Gudskelov, at vi ikke skulle igennem seks måneders udredning. Jeg var mega taknemlig for, at vi kunne få hjælp så hurtigt." (Forælder)

4.1.1 Virksomme greb i omsætningen af kerneelementet

Som beskrevet indledningsvis tilkendegiver projektledere og medarbejdere i hovedparten af kommunerne, at et veletableret samarbejde med samarbejdspartnere er afgørende for at øge kendskab og opbakning til tilbuddet. Det er imidlertid forskelligt, hvordan kommunerne har indtænkt samarbejdspartnere som led i udmøntningen af kerneelementet. Der er også forskel på kommunernes organisatoriske forankring af tilbuddet. I kommuner, hvor tilbuddet er forankret under børn og familie og fx PPR-leder i styregruppen, er der naturligt sket en hurtigere etablering af tæt samarbejde med andre aktører med tæt kontakt til den yngste del af ungegruppen. I andre kommuner, hvor tilbuddet er placeret i tæt relation til den kommunale ungeindsats (KUI), er der hurtigere blevet etableret et samarbejde med jobcenter. Tilsvarende har det også betydning for, hvordan

kerneelementet er omsat i praksis, om tilbuddet er helt nystartet, eller om man bygger ovenpå erfaringer fra et lignende tilbud. Når der er tale om en videreføring af et (delvist) eksisterende tilbud, har kommunerne selvsagt haft en fordel ved, at mange samarbejdsflader med fagpersoner, der kan henvise unge til tilbuddet, på forhånd var veletablerede, og derfor kræver implementeringen af kerneelementet ikke samme opmærksomhed fra medarbejderne i disse kommuner sammenlignet med kommuner, hvor tilbuddet er helt nyt.

For at vedligeholde en god relation til samarbejdspartnere fremhæver flere kommuner, at det er væsentligt at have et kontinuerligt fokus på inddragelse og opfølgning. Erfaringerne er blandt andet, at hvis samarbejdspartnere ikke løbende mindes om tilbuddet, kan det træde i baggrunden, når travlhed og nye projekter melder sig. Flere kommuner har derfor forsøgt at etablere en systematisk praksis for, hvordan de fastholder samarbejdspartneres opmærksomhed på tilbuddet. Det kan fx være gennem faste opfølgingsmøder eller udsendelse af nyhedsbreve.



KONKRETE EKSEMPLER PÅ OMSÆTNING AF KERNEELEMENTET

En kommune har udpeget "**ambassadører**" blandt **udvalgte samarbejdspartnere** (bl.a. folkeskoler, PPR, sundhedsplejen og en specialskole), som har at gøre med målgruppen af potentielt psykisk sårbare unge samt forældre til disse. Ambassadørerne modtager løbende information om tilbuddet gennem nyhedsbreve og fast dialog med projektlederen. Ambassadørernes opgave er så at promovere og understøtte kendskabet til tilbuddet blandt deres kollegaer. Dette gør de blandt andet ved at videreformidle information om tilbuddet på personalemøder. Derudover agerer ambassadørerne sparringspartnere for deres kollegaer, hvis der opstår tvivl om, hvorvidt og hvordan en ung eller en forælder skal henvises til tilbuddet.

To andre kommuner har valgt at bemande tilbuddet med bl.a. **en myndigheds-sagsbehandler, som arbejder på halv tid i tilbuddet og halv tid i børne- og familieafdelingen**. Denne medarbejder udfører typisk rådgivningssamtaler med de unge/forældrene. Ifølge kommunerne har myndighedssagsbehandlerens faste deltagelse i teamet om tilbuddet haft positiv betydning for antallet af henvisninger til indsatsen. Det skyldes, at myndighedssagsbehandleren – grundet sin todelte funktion – har en betydningsfuld indsigt i tilbuddet, som vedkommende har kunnet sætte i spil i promoveringen af tilbuddet blandt sine øvrige kollegaer, som på den måde både er blevet husket på tilbuddets eksistens og også er blevet klædt på til at kunne matche unge, som de har kontakt med gennem familieafdelingen med tilbuddet, hvis de vurderer, at de unge kan have gavn af tilbuddet.

En kommune har omvendt været opsøgende over for samarbejdspartneres viden om målgruppens behov og udfordringer som led i omsætningen af kerneelementet. På opfordring fra en række samarbejdspartnere har **et tilbuds medarbejdere udviklet et temaforløb om eksamensangst**. Temaforløbet blev afviklet som oplæg på en række folkeskoler og var målrettet udskolings elever. Ifølge medarbejderne henvendte flere unge fra de involverede skoler sig til tilbuddet efter forløbet, da de oplevede, at tilbuddets medarbejdere havde været tillidsvækkende, og at tilbuddet var relevant og afspejlede deres behov.

I tre kommuner har medarbejdere fra tilbuddet en fremskudt funktion på en række uddannelsesinstitutioner. Ordningen implicerer i praksis, **at en medarbejder fra tilbuddet har faste træffetider på en eller flere skoler en række timer om ugen**. Ifølge kommunerne har dette tiltag understøttet kendskabet til tilbuddet og styrket relationen til de unge såvel som de fagprofessionelle, der arbejder med de unge til hverdag ude på de berørte skoler. Medarbejderne oplever i tillæg hertil, at flere unge har tilkendegivet, at de opsøger tilbuddets medarbejdere, når de er fysisk tilgængelige på skolerne, fordi det er nemmere og føles mindre tabuiserende.

Flere kommuner har endvidere gode erfaringer med at klæde samarbejdspartnere på til at opspore tegn på og facilitere en samtale om psykisk mistrivsel som grundlag for en effektiv rekruttering af målgruppen. En kommune har fx udviklet en samtaleguide, der indeholder gode råd til, hvordan samarbejdspartnere kan igangsætte en samtale om psykisk mistrivsel med målgruppen. Andre kommuner har tilsvarende produceret film, pjecer og/eller postkort, der introducerer tegn på psykisk mistrivsel.

4.1.2 Særlige opmærksomhedspunkter i relation til omsætningen af kerneelementet

Erfaringerne i kommunerne samt unge og forældres oplevelser med, hvordan de er blevet opmærksomme på tilbuddet, peger samlet set på en række særlige opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med at implementere kerneelementet om Rekruttering og henvisning:



For at kunne etablere et målrettet og tillidsfuldt samarbejde om rekruttering **må indholdet i tilbuddet være velbeskrevet, både i forhold til målgruppeafgrænsning og indhold.**

Det letter formidlingen til samarbejdspartnere om, hvilke unge og forældre der har gavn af indsatsen, og hvad de modtager, så samarbejdspartnere understøttes i at rekruttere den rette målgruppe og har viden om og tillid til, hvad de henviser de unge til. På nuværende tidspunkt oplever flere kommuner imidlertid, at det kan være svært at definere klart, hvem målgruppen for tilbuddet er. Det kan skyldes, at psykisk sårbarhed udgør en bred semantisk kategori, der både kan inkludere unge med 'lettere' og mere 'alvorlige' problemstillinger. Andre steder lader det til, at den manglende definition primært handler om uklarhed i forhold til tilbuddets snitflade til andre tilbud i kommunens tilbudsvifte. Den manglende præcisering af, hvem målgruppen er, betyder for nogle kommuner, at visse samarbejdspartnere primært henviser unge med meget alvorlige og behandlingskrævende problemstillinger, eller omvendt, at nogle samarbejdspartnere primært har opfattet tilbuddet som en 'aflastning' i forhold til kommunens andre §11.3 tilbud.



Hovedparten af kommunerne kan på nuværende tidspunkt ikke siges at have implementeret en rekrutteringspraksis der gør, at de får rekrutteret **et tilfredsstillende antal forældre.** Der ses eksempler på, at hverken samarbejdspartnere eller unge og forældre har været klar over, at tilbuddet også er målrettet til forældre, hvilket naturligvis udgør en begrænsning i forhold til at få rekrutteret denne gruppe.



Der ses **en skæv kønsmæssig fordeling af piger og drenge i tilbuddene**, hvor pigerne udgør tre fjerdedele af de unge. Denne fordeling er på den ene side forventelig, da forskning om psykisk sårbarhed hos unge fortæller om højere forekomst blandt piger end drenge, men også italesætter problematisering af, at dette billede kan skyldes mørketal, hvor drengenes udfordringer ikke i tilstrækkelig grad opspores og afdækkes. På den anden side bør fordelingen således kalde på overvejelser hos tilbuddene om, om man i markedsføring og rekruttering er tilstrækkelig opmærksom på at nå ud til drengene. Der ses ikke nogen kønsmæssige forskelle i forhold til, hvordan de unge har hørt om tilbuddet, eller hvem der har opfordret dem til at række ud til tilbuddet (typisk fagpersoner). Men da denne rekrutteringsstrategi, hvor de unges rekrutteres gennem fagpersoner, pt. fører til en klar overvægt af piger i tilbuddene, bør det overvejes, hvordan man kan få erfaringer med, om **rekruttering gennem mere direkte kontakt og formidling** til de unge selv kan medføre, at flere drenge henvender sig i tilbuddet. Dette understøttes af, at der i data ses en forskel mellem kønnene i forhold til, om forældrene deltager i den unges samtaler. I pigernes tilfælde deltager forældrene i 30 pct. af forløbene. For drengene er det imidlertid kun i 25 pct. af tilfældene, at forældrene deltager sammen med deres søn. Dette kan indikere, at drengene i højere grad end pigerne foretrækker at forestå forløbet på egen hånd, hvilket antageligvis

også må være tilfældet i forhold til rekruttering, hvor det således kan betyde mere for drengene, at de selv hører om tilbuddet og selv kan henvende sig, frem for at informationerne om tilbuddet og initiativet til at opsøge det ligger hos fagpersoner eller forældre. Ligeledes kan det være relevant at overveje, om karakteren af og indholdet i de typer, at formidling, der pt. benyttes, appellerer tilstrækkeligt til drengene. Tilsvarende kan en øget **markedsføring af tilbuddene på EUD og FGU** potentielt være med til at øge antallet af drenge. Rekruttering via EUD og FGU er lige nu begrænset, og der bør i sidste halvdel af projektperioden gøres flere erfaringer med, om en tættere kontakt til denne type uddannelsesinstitutioner kan føre til, at flere elever herfra henvender sig til tilbuddet. Der ses på disse uddannelsesstilbud en overvægt af drenge, så et øget samarbejde med EUD og FGU kan potentielt særligt øge antallet af drenge i tilbuddet, hvilket er ønskværdigt.



Der er ligeledes et uindfriet potentiale for at **rekruttere flere af de ældste unge** til tilbuddene. Der er en tendens til, at der rekrutteres flest af de yngste unge og færre af de ældste. Dette kan tilskrives både den type af samarbejdspartnere, der pt. er etableret det tætteste samarbejde med (fx grundskoler, UU-vejledning, PPR og børn- og familieafdeling og i mindre grad fx jobcentre), og at rekrutteringen i høj grad sker gennem fagpersoner eller forældre, som henvender sig på vegne af en ung, eller som opfordrer de unge til at henvende sig. Den ældre målgruppe, som må antages at være mere selvstændige, fx ved at være i mindre kontakt med nære fagpersoner som lærere og ved ikke at bo hjemme hos forældrene, kan måske i højere grad rekrutteres gennem en markedsføring af tilbuddet, der er rettet direkte mod de unge selv og ikke mod voksne, som skal opspore unge.



Sluttelig viser interview med unge og forældre, at målgruppen selv ser det som afgørende, at **tilbuddet er lettilgængeligt**: At det er nemt at få viden om indholdet i tilbuddet, at det er gratis, at man hurtigt kan komme i kontakt med tilbuddet og at forløbet efterfølgende bliver startet hurtigt op. Dette fokus er vigtigt at fastholde i rekruttering og henvisning til tilbuddene, og det betyder for visse kommuner, at det er afgørende at arbejde med at få nedbragt ventetiden, så det bliver muligt for dem at overholde princippet om, at forløbene skal kunne sættes i gang indenfor en til to uger efter henvendelse.

4.2 Kerneelementet Rådgivningssamtaler



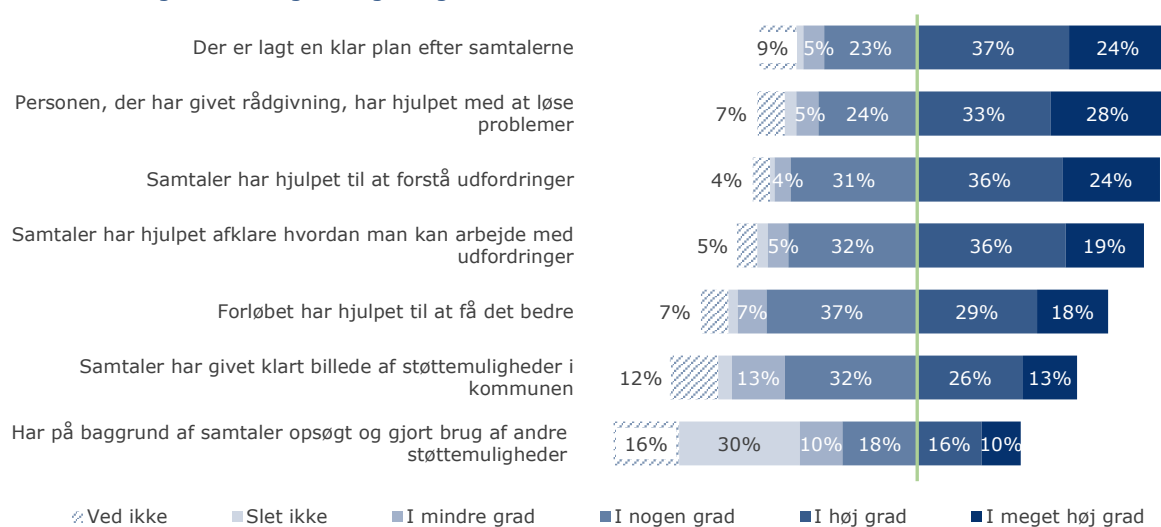
Kerneelementet **Rådgivningssamtaler** implicerer, at kerneelementet gennemfører en til fem rådgivende og afklarende samtaler med forældre og unge i målgruppen. Borgerne har mulighed for at være anonyme. Samtalerne gennemføres med en til to ugers mellemrum afhængigt af den enkeltes behov. Formålet med kerneelementet er at sikre, at unge og forældre i målgruppen oplever at få hurtig og relevant hjælp samt redskaber og sparring til at kunne håndtere deres konkrete udfordringer. Formålet med kerneelementet er endvidere at sikre systematisk afdækning af den unges udfordringer (problemomfang) samt faglig vurdering af den unge eller forældrenes støttebehov.

Kerneelementet **Rådgivningssamtaler** aktiveres, når de unge og forældrene henvender sig, hvorefter de kan få en til fem anonyme rådgivningssamtaler. 53 pct. af de unge og 71 pct. af forældrene kontakter typisk tilbuddene pr. telefon. Når en ung henvender sig, afdækker en medarbejder fra kerneelementet henvendelsesårsagen. Medarbejderen spørger fx ind til henvenderens udfordringer og støttebehov samt introducerer tilbuddets rammer og indhold. Efter den indledende samtale inviteres den unge/forælderen til en egentlig rådgivningssamtale.

Surveydata viser, at både de unge og forældrene i høj grad oplever et udbytte af rådgivningsforløbet.

I nedenstående tabel 4 gives et overblik over de unges vurderinger af rådgivningssamtalerne. Af disse resultater kan det fremhæves, at 60 pct. af de unge i høj eller i meget høj grad oplever, at rådgivningssamtalerne har givet dem forståelse af de udfordringer, de oplever. 55 pct. af de unge tilkendegiver, at samtalerne i høj eller i meget høj grad har hjulpet til at afklare, hvordan de selv kan arbejde med udfordringerne. Og 47 pct. oplever allerede efter rådgivningssamtalerne, at forløbet har hjulpet dem til at få det bedre. På baggrund af det kvantitative materiale kan det derfor udledes, at rådgivningssamtalerne bidrager til at give målgruppen en forståelse af og indsigt i deres udfordringer samt strategier til at håndtere deres udfordringer, sådan som det er tilsigtet med kerneelementet.

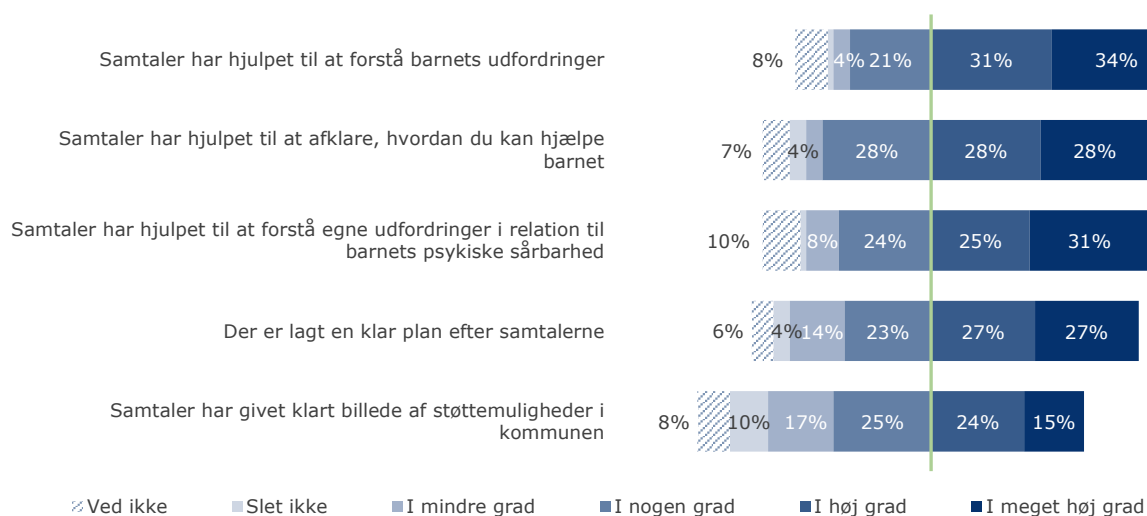
Tabel 4: De unges vurdering af rådgivningssamtalerne



Note: n = 370

I tråd med ovenstående resultater oplever forældrene også et stort udbytte af rådgivningssamtalerne. Tabel 5 nedenfor præsenterer et overblik over forældrenes vurderinger af rådgivningssamtalerne. Af tabellen kan det ses, at over 65 pct. af forældrene i høj eller i meget høj grad oplever, at samtaleforløbet har hjulpet dem til at forstå barnets udfordringer. Tilsvarende tilkendegiver 56 pct. af forældrene, at samtalerne i høj eller i meget høj grad har hjulpet til 1) at afklare, hvordan forældrene kan hjælpe barnet samt 2) at forstå egne udfordringer i relation til barnets psykiske sårbarhed.

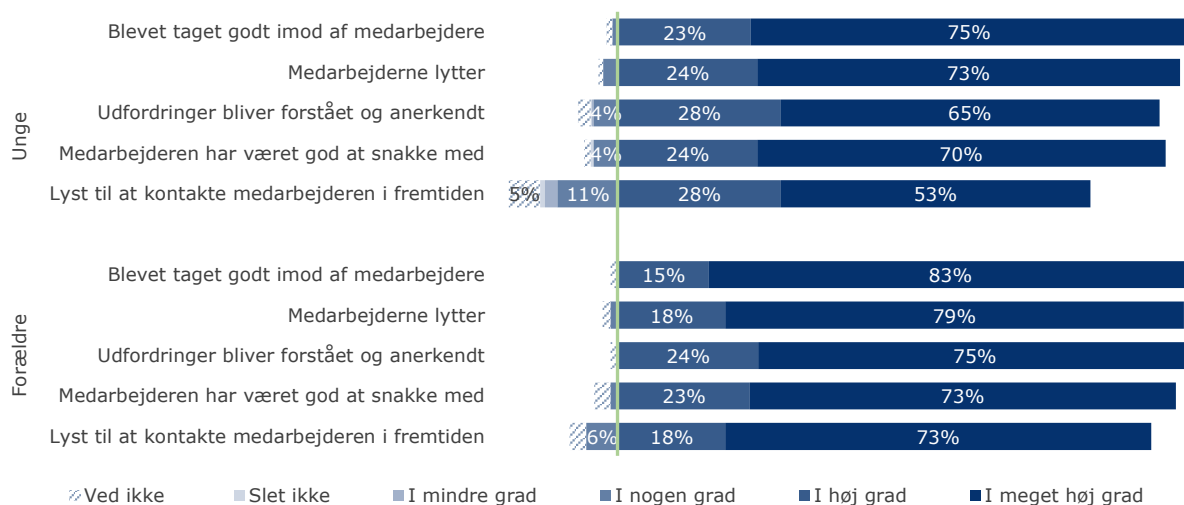
Tabel 5: Forældrenes vurdering af rådgivningssamtalerne



Note: n = 71

Yderligere viser surveydata, at både unge og forældre føler sig taget godt imod af medarbejderne, og de oplever, at medarbejderne lytter og er gode at tale med. I tabel 6 nedenfor præsenteres både forældrenes og de unges vurderinger af medarbejdernes tilgang i rådgivningssamtalerne.

Tabel 6: De unges og forældrenes vurdering af medarbejdernes tilgang i rådgivningssamtalerne



Note: For unge er n=370, og for forældre er n=71

Sluttelig giver surveydata også et billede af, at kerneelementets princip om hurtig og lettilgængelig hjælp er implementeret i tilfredsstillende grad. 78 pct. af de unge og 89 pct. af forældrene har oplevet, at de i høj eller i meget høj grad har fået hurtig hjælp. Tilsvarende har 63 pct. af de unge og 73 pct. af forældrene oplevet, at de altid har kunnet komme i kontakt med medarbejderne, når det ønskedes. 99 pct. af de unge og 97 pct. af forældrene har desuden tilkendegivet, at de har kunnet komme i kontakt med medarbejderne via relevante kommunikationskanaler.

På tværs af det kvalitative materiale ses der både variationer og lighedspunkter i måden, hvorpå kommunerne afvikler rådgivningssamtalerne. I det følgende afsnit fremhæves en række eksempler på, hvordan kommunerne har omsat kerneelementet i praksis. Herefter angives en række centrale

opmærksomhedspunkter, som kommunerne fremhæver i forbindelse med udmøntningen af kerneelementet.

UDSAGN FRA UNGE OG FORÆLDRE: RÅDGIVNINGSSAMTALER



De unge og forældre fortæller i de kvalitative interview, at de i samtalerne har haft en oplevelse af, at medarbejderne lytter til deres udfordringer, og at samtalerne foregår på deres egne præmisser. Flere fremhæver, at de har oplevet det som rart, at de ikke er blevet presset til at fortælle noget, de ikke har haft lyst til at dele.

"Jeg kan huske, at min behandler gjorde meget ud af, at jeg kunne fortælle om mine udfordringer, men at det var mit valg. Det følte meget trygt. Det hele var ligesom på mine præmisser." (Ung)

"Jeg møder bare en person, der lytter og drager omsorg. En person, som ikke klandrer os, men som i stedet giver ros og hjælper os til at se nye måder, vi kan gribe tingene an på." (Forælder)

Både unge og forældre fremhæver, at det har været brugbart for dem at blive "undervist" i sin egen/sit barns problemstilling, fx hvis der er tale om symptomer på stress, depression eller angst. Det bidrager til bedre viden om de typiske symptomer og handlemønstre, og får den unge til at føle sig mindre "forkert" og mindre alene.

Begge målgrupper fortæller også, at nogle medarbejdere har brugt konkrete redskaber som fx tavle og tegninger under samtalerne, hvilket skaber tryghed. Det føles mindre "grænseoverskridende" at tale om svære ting, når blikket og samtalen kan rettes mod noget fælles tredje.

"Jeg fik med det samme en øvelse, som jeg kunne bruge, når det hele blev for svært. Det var rigtig rart." (Ung)

"Jeg fik hurtigt nogle gode værktøjer, jeg kunne putte i forældreværktøjskassen." (Forælder)

4.2.1 Virksomme greb i omsætningen af kerneelementet

I medarbejdernes registreringer i it-systemet Rambøll Results fremgår det, at de unge i gennemsnit modtager 3,1 rådgivningssamtaler, inden de enten afsluttes i indsatsen eller går videre i indsatsspor. Pigerne ligger lidt over gennemsnittet og modtager typisk 3,2 samtaler. Drengene ligger lidt under og modtager typisk 2,9 samtaler. Langt de fleste samtaler varer lige under en time. Registreringerne giver også viden om, med hvilket interval rådgivningssamtalerne afvikles. Disse afvikles typisk i overensstemmelse med beskrivelsen af kerneelementet med en til to ugers interval. Et forløb med fem samtaler afvikles således gennemsnitligt henover ca. 10 uger.

Det gennemsnitlige antal samtaler på ca. tre er udtryk for **en differentieret tilgang til brugen af rådgivningssamtalerne**, hvor medarbejderne med udgangspunkt i den enkelte unges behov afgør, hvor mange samtaler der er brug for. Flere kommuner har endvidere gjort sig erfaringer med, at denne fleksible tilgang til antallet af samtaler ikke blot er vigtig for at yde den bedste indsats til den enkelte unge, men også er vigtig for at sikre det optimale 'flow' i indsatsen. I nogle tilbud blev der i den første tid givet det højeste mulige antal rådgivningssamtaler til de fleste unge, hvilket var med til at skabe en uønsket flaskehals hos den/de rådgivere, der gennemfører samtalerne. Med et øget fokus på udelukkende at give de samtaler, der er behov for – hvilket både indbefatter at stoppe forløbet, hvis den unge har modtaget tilstrækkelig rådgivning efter et færre antal samtaler, såvel som at sende unge, hvor der hurtigt afdækkes et større behov for støtte, end der kan gives i rådgivningssamtalerne, videre til indsatsspor med det samme – blev denne flaskehals minimeret.

Der er også opbakning til den fleksible tilgang til antallet af rådgivningssamtaler blandt unge og forældre. Flere fortæller i de kvalitative interview om, at mængden af samtaler har været passende.

//

"Jeg har haft fem rådgivningssamtaler og er overgået til indsats. Jeg synes, det var et passende antal. Alle samtaler har været med den samme rådgiver, og det er jeg rigtig glad for." (Ung)

Samtidig bliver der også sat ord på, at det ikke altid er nødvendigt med det maksimale antal samtaler.

//

"Jeg ville gerne have haft færre rådgivningssamtaler. Allerede efter få samtaler fik vi hurtigt sporet os ind på, hvad der var galt, og så virkede det underligt, at jeg ikke bare kunne komme videre til psykologen." (Ung)

Der er også forskel på, om kommunerne har valgt, at den unge tilknyttes en fast og **gennemgående kontaktperson eller ej**. Nogle kommuner har valgt at understøtte relationen og samarbejdet mellem behandler og borger ved at lade den samme medarbejder gennemføre både rådgivningssamtaler og det individuelle indsatsspor. Andre kommuner har omvendt valgt, at en socialrådgiver afvikler rådgivningssamtaler, mens en psykolog varetager indsatssporet. Ifølge kommunerne sikrer denne medarbejderallokering transparens i både indsatsen og borgernes forløb, da indsatssporet og rådgivningssamtalerne ikke "overlapper" og flyder sammen.

Kommunerne har desuden etableret **forskellige praksisser for afdækningen af den unges problemstillinger**. Enkelte kommuner anvender WHO-5 og en afdækningsguide, udviklet af Rambøll til projektkommunerne, til at opnå en helhedsorienteret afdækning af målgruppens trivsel, problemstillinger og behov. Ifølge kommunerne er redskaberne med til at kvalificere støtten, da de bidrager til at åbne for områder og dimensioner, der normalt ikke afdækkes, eller kan være svære at tale om (fx brugen af rusmidler, den unges privatøkonomi – eller tabubelagte psykiske problemstillinger såsom cutting). Andre kommuner har omvendt ikke implementeret en systematisk praksis for, hvordan målgruppens problemstillinger og behov afdækkes. I disse kommuner lægges der i rådgivningssamtalerne stor vægt på, at der med dette kerneelement er mulighed for at yde åben anonym rådgivning, hvor samtalerne finder sted ud fra de emner, den unge selv bringer på banen. Disse to forskelligartede tilgange er udtryk for, at kerneelementet Rådgivningssamtaler er rammesat med *både* et princip om systematisk afdækning, *såvel som* et princip om åben anonym rådgivning, hvilket indtil videre har medført stor varians i, hvad kommunerne har valgt at lægge vægt på i deres omsætning af kerneelementet, når det kommer til afdækningen af de unges problematikker og støttebehov.

Selvom kommunerne adskiller sig i forhold til kerneelementets organisering, anvender medarbejderne i høj grad de samme **greb og metoder i rådgivningssamtalerne**. I alle kommuner understreger medarbejderne, at de forsøger at etablere en **tryk og tillidsfuld relation** til de unge/forældrene, når de opstarter samtaleforløbet. Dette gør de blandt andet ved at skabe transparens om tilbuddets formål og rammer, så forløbet fremstår klart og overskueligt for de unge. Derudover forsøger medarbejderne at være **nærværende og anerkendende** i deres samtaler med de unge/forældrene ved at spørge nysgerrigt ind til målgruppens egne fortællinger. I tillæg hertil forsøger medarbejderne at give plads til at kunne tale uformelt om andre ting end udfordringer rela-

teret til psykisk sårbarhed. Det kan fx være de unges fritidsinteresser. Ifølge medarbejderne understøttes relationen til målgruppen, når der udvises interesse for deres liv og situation, og når de unge/forældrene **føler sig set, hørt og forstået**.

"

"Jeg har det rigtig svært ved at føle mig tryk, men jeg følte mig rigtig tryk ved min behandler. Hun talte meget det sprog, som jeg talte – hun taler 'ungt' – og så ser hun ikke ned på mig, fordi jeg er selvskadende, og det er et tabu." (Ung)

Hovedparten af kommunerne er ligeledes opmærksomme på kun at give støtte i forhold til de problemstillinger, som de unge/forældrene selv finder relevante. Som greb hertil anvender flere kommuner **psykoedukation** til både at give viden om og øge den enkeltes evne til at fortolke og forstå den situation, vedkommende befinder sig i. Psykoedukation anvendes også for at almenføre og normalisere typiske reaktioner og handlemønstre knyttet til psykisk sårbarhed, således at potentielle skam- og skyldfølelser reduceres. Udover psykoedukation har flere kommuner også gode erfaringer med at give målgruppen **konkrete redskaber, øvelser og vejledning**, der gør dem i stand til at omsætte terapien i hverdagen.

Endelig forsøger flere kommuner også at inddrage de unges forældre i den unges forløb, især i de tilfælde hvor den unge er under 17 år. Ifølge kommunerne understøttes den unges udvikling bedst, hvis forældrene har indsigt i og opnår redskaber til at hjælpe den unge i hverdagen. Dette understøtter kommunerne både ved at tilbyde forældrene (til unge under 17 år) at deltage i den unges forløb sammen med den unge (hvis den unge godkender dette) og ved, at forældrene kan få et særskilt rådgivningsforløb med fokus på deres rolle i at støtte den unge.

4.2.2 Opmærksomhedspunkter i relation til kerneelementet

Erfaringerne i kommunerne samt unge og forældres oplevelser med rådgivningssamtalerne i tilbudet peger samlet set på en række særlige opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med at implementere kerneelementet om Rådgivningssamtaler:





Et særligt opmærksomhedspunkt relaterer sig til **flowet til rådgivningssamtalerne**. Nogle kommuner oplever, at det høje antal af henvendelser ikke modsvarer tilbuddets kapacitet, hvorfor der i praksis opleves markant længere ventetid forud for den første rådgivningssamtale, end hvad kerneelementet foreskriver. En kommune har fx haft fem ugers ventetid fra henvendelse til første rådgivningssamtale. Andre kommuner oplever imidlertid at kunne efterleve kravet om, at de unge kan komme til første samtale senest syv kalenderdage efter første henvendelse. Ifølge kommunerne er dette bl.a. muligt, fordi de forholder sig fleksibelt til antallet af rådgivningssamtaler, så de unge, der kun har behov for få samtaler, afsluttes hurtigt, og de unge, hvor der hurtigt afdækkes et behov for at få et forløb i indsatsspor, sendes direkte videre til dette. Det vil således være relevant for de kommuner, som er udfordret af ventetid, at gøre sig flere erfaringer med yderligere fleksibilitet i forhold til antallet af rådgivningssamtaler for at forsøge at mindske ventetiden.



Et andet opmærksomhedspunkt relaterer sig til **flowet ud af rådgivningssamtalerne**. For de unge, som i rådgivningssamtalerne vurderes til at have behov for mere støtte, er det vigtigt at have systematisk fokus på, om det videre forløb skal ske som en del af tilbuddenes indsatsspor, eller om den rette indsats for den unge i stedet skal findes et andet sted i kommunens tilbudsvifte eller i andre tilbud i regi af regionen (psykiatri) eller private aktører. Selvom hovedparten af medarbejderne tilkendegiver, at de oplever at have det fornødne overblik over, hvilke tilbud der eksisterer i kommunalt regi, er der enkelte, som

gør opmærksom på, at de savner mere indgående viden om, hvad og hvem de skal henvise de unge til uden for tilbuddet. For at imødekomme denne barriere har en kommune bedt alle relevante samarbejdspartnere om at beskrive, 1) hvem målgruppen for deres tilbud er, 2) hvad deres tilbud indeholder, samt 3) hvem der er kontaktperson for tilbuddet. Projektlederen i kommunen har efterfølgende samlet disse oplysninger i en mappe, således at medarbejderne let kan indhente informationer om, hvilke øvrige tilbud og de muligheder der findes for at give hjælp.

 Beskrivelsen af kerneelementet Rådgivningssamtaler har vist sig at føre til en stor variation i, hvordan kommunerne omsætter **princippet om systematisk afdækning** af de unges problematikker og støttebehov. Variationen opstår, fordi kerneelementet også indeholder et princip om, at rådgivningssamtalerne er åbne og anonyme og sker med udgangspunkt i den unges ønsker til samtaleemner. Dette får nogle medarbejdere til at nedprioritere den systematiske afdækning ved hjælp af fx afdækningsguide. Dette kan i praksis betyde, at der er unge, som overgår til tilbuddets individuelle indsatsspor, selvom de i praksis ikke er omfattet af målgruppen for indsatssporet, fordi de har psykiatriske diagnoser og/eller symptombilleder, der ikke opdages undervejs i rådgivningssamtalerne. I anden halvdel af projektperioden vil det således være relevant at gøre flere erfaringer med en systematisk afdækning og indsamle viden om, hvilken betydning denne afdækning har for, om det er de rette unge, som sendes videre i indsatssporene.

 Sluttelig er der endnu **ikke opnået systematisk viden om overgangen fra rådgivningssamtaler til gruppeforløb og forældrenetværk**. Disse to gruppebaserede indsatsspor har været svære at implementere i den lange periode med covid-19, hvorfor der på nuværende tidspunkt ikke er et tilfredsstillende erfaringsgrundlag, som kan fortælle om, hvorledes denne overgang fungerer. Tilbuddene har i langt overvejende grad benyttet det individuelle indsatsspor, som i mange henseender opleves som en kontinuerlig fortsættelse af rådgivningsforløbet. Der vil antageligvis være større behov for at skabe en god overgang mellem rådgivningssamtaler og gruppeforløb eller forældrenetværk, fordi indhold og metodiske greb i de to kerneelementer er mere forskelligartede. Dette udgør således et opmærksomhedspunkt i anden halvdel af projektperioden, at kommunerne tilegner sig viden om og erfaringer med at henvise og brobygge målgruppen til ovennævnte to indsatsretningslinjer inden for tilbuddet.

4.3 Kerneelementet Koordination og kobling til øvrige tilbud



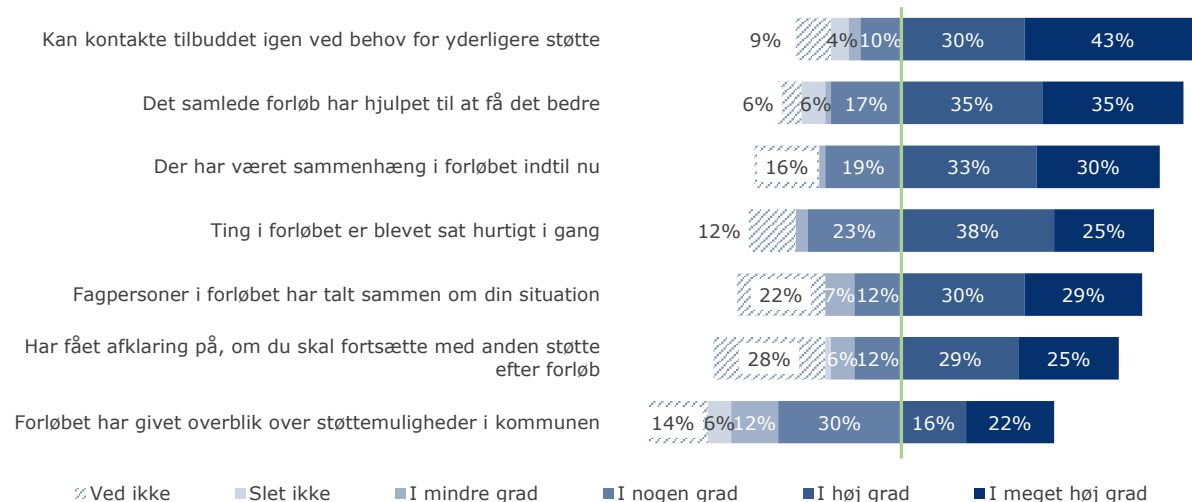
Formålet med kerneelementet **Koordination og kobling til øvrige tilbud** er at skabe en sammenhængende indsats for unge og forældre, uanset om de er i kernemålgruppen for tilbuddet eller ej. Kerneelementet implicerer, at medarbejderne i tilbuddet har en tydelig koordinerende funktion i forhold til øvrige relevante tilbud og aktører. Det vil sige, at medarbejderne i tilbuddet skal kunne henvise/guide de unge, som ikke kan profitere af det åbne tilbud, eller som har brug for mere intensiv støtte, videre i systemet. Derudover skal medarbejderne i tilbuddet kunne koordinere med de aktører, som de unge evt. er eller ønsker kontakt til, mens de modtager en indsats i tilbuddet. Kerneelementet har således en tværgående og central funktion i indsatsen, idet det dels binder arbejdet med de øvrige kerneelementer sammen, dels er centralt i alle elementer af borgernes forløb – fra første henvendelse til forløbets afslutning.

Hovedparten af kommunerne har arbejdet for at etablere aftaler med relevante samarbejdspartnere om, hvordan samarbejdet med tilbuddet konkret skal udmøntes. I de fleste kommuner tilkendegiver

projektledere og medarbejdere imidlertid, at de primært har benyttet samarbejdspartnere til at understøtte promovningen af tilbuddet (jf. afsnit om kerneelementet Rekruttering og henvisning), hvilket også kommer til udtryk i interview med samarbejdspartnerne selv, som primært kan berette om den rolle, de spiller i forhold rekruttering og henvisning. Blandt størstedelen af kommunerne ses der endnu ikke en systematisk praksis for, *hvordan* og *hvornår* relevante samarbejdspartnere skal inddrages *undervejs i de unges forløb*. Tilsvarende har tilbuddene gjort sig færre erfaringer med at brobygge unge *videre til en anden indsats* sammenlignet med erfaringerne med at henvise de unge videre til indsatsspor inden for selve tilbuddet. Kommunernes erfaringer med at sikre de unge et sammenhængende forløb, uanset om de er i kernemålgruppen for tilbuddet eller ej, og uafhængigt af om det rette forløb for den unge er i selve tilbuddet eller bør ske i kombination med andre tilbud, er derfor endnu sparsomme.

Ses der nærmere på de unges egen vurdering af, hvorvidt de oplever koordination i deres forløb, er der indikationer på, at de unge også oplever denne begrænsede implementering. Dette fremgår af surveydata indsamlet blandt de unge efter deres forløb (se tabel 7 nedenfor) samt af de unges fortællinger i de kvalitative interview.

Tabel 7: De unges oplevelse af koordination i forløbet



Note: n = 72

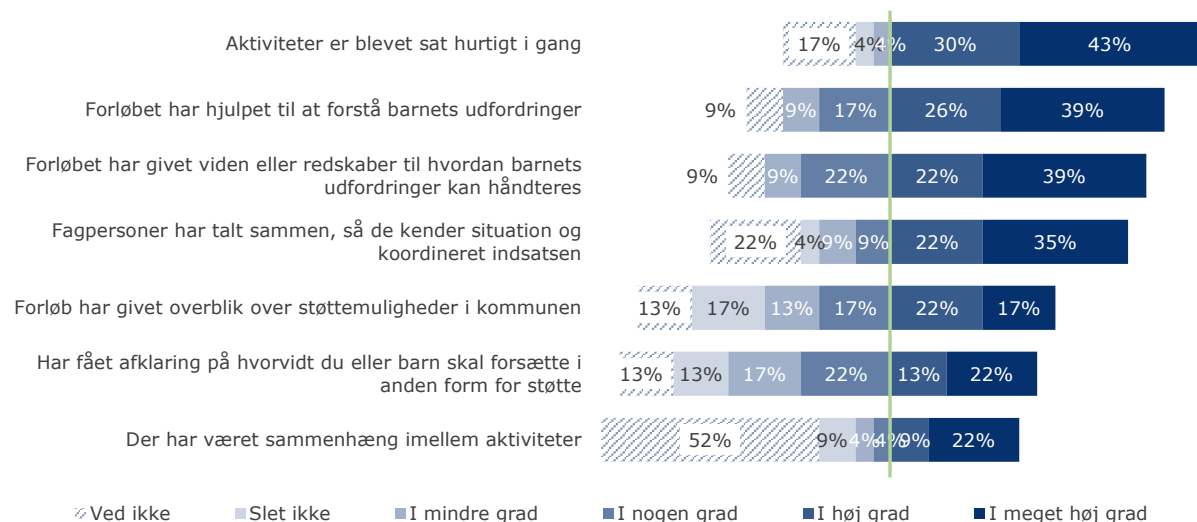
I surveydata tilkendegiver 54 pct. af de unge, at der i høj eller i meget høj grad er afklaring på, om de skal fortsætte i en anden form for støtte, efter at dette forløb er afsluttet. Men 28 pct. af de unge tilkendegiver, at de ikke ved, hvorvidt de skal fortsætte med anden form for støtte efter afsluttet forløb. 1 pct. svarer, at der slet ikke er afklaring på, om de skal fortsætte. 6 pct. svarer, at der kun i mindre grad er afklaring, og for 12 pct. er der i nogen grad afklaring på, om de skal fortsætte med en anden form for støtte. Tilsvarende angiver tilsammen over halvdelen af de unge, at de i nogen grad (30 pct.), i mindre grad (12 pct.), slet ikke (6 pct.) eller ikke ved (14 pct.)¹⁵, om de har opnået overblik over de støttemuligheder, kommunen kan tilbyde, som en del af deres forløb i tilbuddet.

Surveydata antyder desuden, at forældrene også oplever en begrænset koordination både under og efter deres forløb (se tabel 8 nedenfor). Der er imidlertid vigtigt at nævne, at datagrundlaget baserer sig på 23 besvarelser, hvorfor forældrenes tilkendegivelser må tolkes med forsigtighed. Ud

¹⁵ De unges brug af "Ved ikke"- eller "Slet ikke"-kategorierne i deres besvarelser på disse spørgsmål kan ifølge medarbejderne også være udtryk for, at de ikke har fundet spørgsmålet relevant, fx i tilfælde, hvor det ikke har været nødvendigt at koordinere med andre parter. De øvrige fremhævede svarkategorier. Der ses dog med dette forbehold fortsat en væsentlig andel af besvarelser i disse kategorier samt i kategorierne "I mindre grad" og "I nogen grad", hvilket kan indikere, at kerneelementet om koordination ikke har været efterlevet i en grad der har gjort det tydeligt for de unge.

af de 23 forældrebesvarelser kan det ses, at lidt over halvdelen vurderer, at de i høj eller i meget høj grad har oplevet, at fagpersoner, de har mødt i forløbet, har talt sammen, så de kender forældrenes situation og har koordineret indsatsen. 22 pct. vurderer omvendt, at de ikke ved, om fagpersoner har talt sammen undervejs i forløbet. Derudover tilkendegiver 39 pct., at forløbet i høj eller i meget høj grad har givet overblik over støttemuligheder i kommunen, mens 30 pct. vurderer, at dette slet ikke eller i mindre grad har gjort sig gældende. 35 pct. angiver desuden, at de i høj eller i meget høj grad har fået afklaring på, hvorvidt de eller barnet skal fortsætte i anden form for støtte. Modsat vurderer 30 pct., at de slet ikke eller i mindre grad har opnået afklaring.

Tabel 8: Forældrenes oplevelse af koordination i forløbet



Note: n = 23

UDSAGN FRA UNGE OG FORÆLDRE KOORDINATION



For nogle unge giver det mening at inddrage den unges eksisterende netværk af fagprofessionelle (fx lærere, UU-vejleder, jobcenterkonsulenter) i forløbet. For andre er det vigtigt, at tilbuddet holdes anonymt.

Til samtalerne kan andre fagprofessionelle både inddrages for at bakke op om indsatsen. Det kan også være værdifuldt, når en samarbejdspartner (fx en UU-vejleder) deltager i en samtale for at fortælle om en tematik (fx uddannelse), som den unge har brug for mere viden om.

En forælder fortæller også om et eksempel, hvor medarbejderen, som har udført rådgivningssamtalerne, er gået ind og har overtaget den konkrete dialog med den unges skole, hvilket har haft stor betydning for forælderen, som ellers oplevede at være kørt fast i dialogen med lærerne om den unges skolegang.

Både unge og forældre bakker op om, at det er vigtigt, at der skabes klarhed over, hvad der skal ske, når forløbet afsluttes. Enkelte unge sætter ord på, at det kan føles utrygt, når forløbet bare "slutter", uden de unge ved, hvad der skal ske efterfølgende. Der er også en forælder, som har oplevet "at stå lidt alene", når rådgivningssamtalerne ophører.

"Jeg gad godt, hvis der var en lidt bedre overlevering, når man afslutter i forløbet. Det er ikke fordi, at alt skal overleveres, men det er bare hårdt, når man hele tiden skal starte forfra."
(Ung)

Andre unge og forældre fortæller, at overleveringen til et andet tilbud har fungeret godt, og at det har været vigtigt for deres samlede vurdering af tilbuddets relevans.

"Inden jeg afsluttede, talte vi om det nye tilbud, og hvem jeg skulle møde derover. Det var rigtig trygt." (Ung)

4.3.1 Virksomme greb i omsætningen af kerneelementet

Der er endnu ikke systematiske erfaringer med at sikre koordination og kobling til øvrige tilbud, imens den unge er en del af indsatsen. Der ses dog enkeltstående eksempler på gode erfaringer, som på sigt kan implementeres yderligere som en del af en systematisk praksis:



KONKRETE EKSEMPLER PÅ OMSÆTNING AF KERNEELEMENTET

En kommune har gode erfaringer med at **invitere relevante nøglepersoner (fx PPR eller UU-vejleder) med til en af rådgivningssamtalerne**, som således bliver afholdt som et egentligt netværksmøde. Til samtalen drøftes den unges situation, og hvordan parterne i fællesskab kan understøtte den unges støttebehov. Derudover koordineres det, hvem der gør hvad. Ifølge kommunen bidrager netværksmøderne til, at den unge får en mere helheds-orienteret og koncentreret støtte, hvor der fra flere arenaer (fx både i skolen og til samtalerne i tilbuddet) arbejdes mod samme mål og ud fra samme viden om den unge.

To andre kommuner har tilsvarende gode erfaringer med **at involvere samarbejdspartnere i samtaleforløbet**. Samarbejdspartnerne kan i den forbindelse både udgøre aktører, som den unge allerede er i kontakt med (fx en skolelærer), og nye samarbejdspartnere, der er væsentlige for realiseringen af den unges mål og drømme. En kommune har fx inviteret en UU-vejleder med til en samtale, fordi den unge var interesseret i at påbegynde uddannelse igen.

Hvis de unge ikke lader til at profitere af indsatsen eller har behov for mere omfangsrig og intensiv støtte, er kommunerne opmærksomme på, at kerneelementet Koordination indbefatter, at tilbuddet skal kunne brobygge de unge videre til en anden indsats. På nuværende tidspunkt fortæller cirka halvdelen af kommunerne, at de har enkeltstående erfaringer med at henvise og guide unge til andre indsatser. Fx er der gode erfaringer fra enkeltstående forløb med at koordinere og planlægge overgange til andre tilbud i samarbejde med den unge. Ifølge kommunerne har de unge ofte meget forskellige holdninger til, hvordan overleveringen og koordinationen skal finde sted; nogle unge ønsker fx selv at kontakte det nye tilbud uden indblanding fra medarbejderne i dette tilbud, andre har omvendt behov for hjælp og støtte, når de får anvist et nyt tilbud. Hvis sidstnævnte gør sig gældende, inviterer kommunerne enten til et overleveringsmøde eller deltager i de første møder i det nye tilbud med den unge.



KONKRETE EKSEMPLER PÅ OMSÆTNING AF KERNEELEMENTET

En kommune har erfaring med at **fastholde kontakten til en ung i et tilfælde, hvor der var ventetid til det nye tilbud**. Kontakten foregik pr. telefonopkald eller ved at sende en SMS med spørgsmål om, hvordan det gik, så den unge ikke følte sig overladt til sig selv i ventetiden. Kommunen uddyber, at denne form for håndholdt opfølgning kan bidrage til, at ingen unge tabes mellem forskellige tilbud.

Blandt de kommuner, der har flest erfaringer med at udmønte kerneelementet i praksis, fremhæves klare samarbejdsaftaler som et virkningsfuldt greb til at sikre, at arbejdsgange ved henvisning og brobygning er klare for alle. En kommune har fx i samarbejde med relevante samarbejdspartnere etableret en procedure for, hvordan henvisning og brobygning skal foregå, således at alle har kendskab til deres roller og ansvar. Derudover tilkendegiver flere kommuner, at det udgør en fordel at nedsætte en strategisk forankret styregruppe med ledelsesrepræsentanter på tværs af relevante samarbejdspartnere i kommunen. Ifølge kommunerne er styregruppen med til at sikre ledelsesmæssig opbakning til og fokus på tilbuddet, hvilket bidrager til mere smidige overgange og bedre koordination mellem tilbuddet og samarbejdspartnere.

Udover ovenstående har indsatsens organisatoriske forankring og indplacering i tilbudsviften ligeledes stor betydning for kerneelementets omsætning i praksis.




KONKRETE EKSEMPLER PÅ OMSÆTNING AF KERNEELEMENTET


To kommuner tilkendegiver, at **indsatsens organisatoriske forankring** i ungeenheden betyder, at **den fysiske distance til relevante samarbejdspartnere** (fx UU-vejledere og jobkonsulenter) er kort, hvilket i praksis understøtter den relationelle koordination og det tværfaglige samarbejde om den unge/forældrenes udfordringer og støttebehov.


Det udgør ligeledes en væsentlig drivkraft, hvis kommunen i forvejen har en **veletableret og stærk kultur for tværprofessionelt samarbejde**. I en kommune er det fx vedtaget, at medarbejderne i hele Ungeenheden reserverer to timer hver anden uge til "ungekoordination", hvilket understøtter udmøntningen af kerneelementet.


4.3.2 Opmærksomhedspunkter i relation til kerneelementet

Erfaringerne i kommunerne og de unges surveybesvarelser peger samlet set på en række særlige opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med at implementere kerneelementet Koordination:

- 

Flere kommuner tilkendegiver, at de ønsker at **etablere en mere systematiseret praksis for inddragelse og fastholdelse af samarbejdspartnere i de unges forløb**. Dette gør sig særligt gældende for kommuner, hvor de organisatoriske rammer for tilbuddet vanskeliggør uformel sparring og løbende koordination med relevante samarbejdspartnere grundet organisatorisk forankring og fysisk placering. En kommune påpeger fx, at tilbuddets indplacering i beskæftigelsesenheden betyder, at medarbejderne i teamet ikke har en "naturlig adgang" til fx PPR og skoler. Der ses ligeledes eksempler på det modsatte, hvor tilbuddet ligger dør om dør med børne- og familieafdelingen og PPR, hvor der også er et veletableret fælles ledelsesmæssigt ophæng, hvorfor der hurtigt er kommet et godt samarbejde om at henvise til tilbuddet, og til dels også at samarbejde om visse unges forløb. Men at der endnu ikke er etableret et lignende samarbejde med jobcenter, som både fysisk og organisatorisk er længere væk fra tilbuddet. Et opmærksomhedspunkt er således, at jo længere **fysisk og organisatorisk afstand**, der er mellem tilbuddet og relevante samarbejdspartnere i kommunen, jo vigtigere er det at få etableret en systematisk og formaliseret praksis om koordination.
- 

I tæt tilknytning hertil bør der også rettes yderligere opmærksomhed mod **medarbejdernes kendskab til kommunens tilbudsvifte**. Kvalitative interview med projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere afdækker en manglende klarhed om tilbuddets snitflade til kommunens øvrige tilbud, hvilket har betydning for arbejdet med rekruttering og henvisning (jf. tidligere afsnit), men også i forhold til muligheden for koordination og samarbejde undervejs i de unges forløb. Hvis den løbende koordination skal øges og systematiseres, vil det være relevant med en øget indsigt på medarbejderniveau i, hvilke øvrige tilbud der eksisterer i kommunen, og hvilke dele af målgruppen der kan henvises til hvilke tilbud.
- 

Det kvalitative materiale viser endvidere, at **flere kommunale samarbejdspartnere savner viden om de unges forløb**. Flere samarbejdspartnere fremhæver, at de som en del af samarbejdet ønsker sig mere information om, hvad der sker med de unge, som de henviser til tilbuddene. Det omfatter viden om, hvorvidt den unge, som de potentielt kender rigtig godt eller har været bekymret for, får startet et forløb op, om den unge har gavn af forløbet samt om, hvornår den unge stopper i forløbet, og om der er andre aktører, som efterfølgende skal stå klar til at hjælpe de unge. Samarbejdspartnernes ønske om mere viden om de unges forløb begrundes både med den faglig/personlig bekymring for den unge, som de er interesserede i at hjælpe. Og et fokus på, at de som samarbejdspartner eller nær fagperson til den unge (fx lærer eller sundhedsplejerske) har mulighed for at støtte den unge efter endt forløb. Flere medarbejdere og projektledere fortæller imidlertid, at de af hensyn til diskretion og tavshedspligt typisk ikke kan levere denne type af information, medmindre den unge giver lov. Et opmærksomhedspunkt udgør således, hvordan kommunerne kan sikre en god praksis i forhold til indhentning og videregivelse af oplysninger.
- 

Der ses meget få egentlige eksempler på **koordination og samarbejde med tilbud uden for kommunens egen tilbudsvifte**, hvorfor et opmærksomhedspunkt må være, hvorledes tilbuddene i sidste halvdel af projektperioden kan øge koordination og samarbejde med aktører uden for den kommunale sfære. Det kan være i form af **øget dialog og vidensudveksling med regionspsykiatrien om målgruppen af de mest belastede unge**,

som medarbejdere i flere tilbud fortæller, kan være meget ressourcetunge at tage ind i dette tilbud, hvilket kan skyldes, at de reelt set ville have større gavn af et mere specialiseret tilbud inden for psykiatrien. Medarbejderne fortæller, at det kan være svært at afvise denne type unge, bl.a. fordi de ikke kender til andre tilbud, som står klar til at "overtage" forløbet. **Eller det kan være i form af etablering af systematisk samarbejde med civilsamfundsaktører eller brugerorganisationer**, som potentielt kan varetage (gruppe)forløb for målgruppen af unge med behov for et korterevarende forløb af mere forebyggende karakter. **Der bør desuden ses nærmere på den konkrete henvisnings- eller visitationsprocedure**, hvis medarbejderne reelt skal kunne hjælpe de unge videre til en anden indsats og ikke blot informere dem om, at den findes.

4.4 Viden om oplevet organisatorisk udbytte ved at bruge modellen

Ud fra kvalitative interview med ledere, projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere er det muligt at belyse, om der på nuværende tidspunkt opleves et organisatorisk udbytte som følge af at benytte indsatsmodellen, samt hvilken betydning kommunernes nuværende efterlevelse af de enkelte kerneelementer har for de oplevede organisatoriske gevinster.

4.4.1 Organisatorisk udbytte og forudsætninger

Kommunerne peger på, at indsatsmodellen inklusive alle otte kerneelementer har stor organisatorisk relevans. Både ledere, samarbejdspartnere og medarbejdere fremhæver blandt andet, at tilbuddet har udfyldt "et hul" i den eksisterende tilbudsvifte. Fx adskiller tilbuddet sig ved at være let og hurtigt at tilgå sammenlignet med andre indsatser, der kræver et større og mere omfattende udredningsarbejde.

Selvom tilbuddet fremhæves som relevant i en organisatorisk kontekst, er det dog indtrykket fra interview, at implementeringen af indsatsmodellen endnu ikke har ledt til det fulde organisatoriske udbytte. Det skyldes primært, at kommunerne kun i begrænset omfang har implementeret og udmøntet kerneelementet Koordination og kobling til øvrige tilbud (se uddybning i afsnit 4.3). Tilbuddet spiller således på nuværende tidspunkt en rolle rent organisatorisk i forhold til ungemålgruppens "vej ind i" de rette tilbud, hvor tilbuddet i stigende grad huskes af diverse samarbejdspartnere, som henviser unge hertil. Der kvitteres blandt samarbejdspartnere for, at tilbuddets relevans i tilbudsviften er berettiget, og der er generelt stor velvilje i forhold til at få tilbuddet sat godt i spil overfor målgruppen. Dog er potentialet for, at tilbuddet kan sikre et helhedsorienteret, sammenhængende forløb for de unge, *imens* det er i det kommunale forløb, endnu ikke indfriet, fordi der endnu ikke er systematiske erfaringer med, hvordan man via tæt koordination kan bygge bro og sikre smidige overgange mellem forskelligartede tilbud og aktører i de unges forløb. Det videre arbejde med kerneelementet Koordination bliver således afgørende for, at indsatsen kan indfri sit organisatoriske potentiale, da det fordrer en samarbejdskultur på tværs af aktører, hvor der både er rum for og tid til tværprofessionel dialog og koordination om de unges udfordringer og støttebehov.

Foruden kerneelementet Koordinations betydning er der endvidere identificeret en række opmærksomhedspunkter, som det også er væsentligt, at kommunerne har fokus på og arbejder systematisk med i den kommende periode for at skabe et godt organisatorisk grundlag for implementering af indsatsmodellen. Ud fra det kvalitative materiale er det muligt at fremtrække en række organisatoriske forudsætninger, der har betydning for, hvorvidt og i hvilken grad kommunerne lykkes med at implementere indsatsmodellen, og som må antages at have væsentlig indflydelse på, at indsatsmodellen implementeres som tilsigtet og med positiv virkning for målgruppen. De organisatoriske forudsætninger er skitseret nedenfor:



Strategisk formidling af målgruppeafgrænsning og formålet med indsatsen

Der ses efter gennemførelse af kvalitative interview i kommunerne et behov for, at tilbuddets rammer og målgruppe i endnu højere grad formidles strategisk og med afsæt i et konkret defineret formål til alle relevante samarbejdspartnere, da dette har betydning for, at samarbejdspartnere og målgruppen kan spejle sig selv i og forstå tilbuddets intention. Det er herunder væsentligt at tilpasse formidlingen, så den ikke udelukkende fokuserer på samarbejdet i relation til rekruttering og henvisning, men også til hvordan tilbuddet og de respektive samarbejdspartnere kan arbejde sammen om at skabe et sammenhængende forløb for de unge, som har brug for anden hjælp, end den der kan gives indenfor rammerne af dette tilbud. Som led heri er det væsentligt, at kommunerne arbejder bevidst med deres **kommunikationstilgang** og **formidlingskanaler**, herunder er skarpe på materialets formål, indhold og format. Nærmere bestemt er det nødvendigt, at kommunerne er bevidste om 1) målgruppen for formidlingen (hvem formidlingen er målrettet, og hvilket vidensbehov målgruppen har), 2) formålet med formidlingen (hvordan skal formidlingen anvendes – fx rekruttering eller oplysningsarbejde) samt 3) indholdet og formatet for formidlingen (jf. målgruppens behov og formålet med formidlingen).



Systematik og struktur for tværprofessionelt samarbejde

De foreløbige erfaringer med implementeringen af indsatsmodellen – især kerneelementet Koordination – kalder på et øget fokus på at skabe systematik og strukturer, der sikrer et effektivt samarbejde og god koordination på tværs af tilbuddet og øvrige relevante samarbejdspartnere både kommunalt, regionalt og privat. Dette forudsætter blandt andet, at der er **fælles vejledende sagsgange** og/eller **formaliserede samarbejdsaftaler** med relevante ledere om, hvordan samarbejdet med tilbuddet konkret skal udmøntes undervejs og ved afslutning af de unges forløb og således ikke kun i forbindelse med de unges vej ind i tilbuddet. Yderligere kan det være en fordel at udpege kontaktpersoner i hver afdeling, der samarbejdes med, så tilbuddets medarbejdere let kan få fat i relevante personer. I en kommune har de fx haft gode erfaringer med at udpege ambassadører blandt deres samarbejdspartnere. Sluttelig bør det sikres, at medarbejderne i tilbuddet kan gennemføre **helhedsvurderinger**, jf. retssikkerhedslovens § 5, og herunder henvise eller evt. direkte visitere til andre tilbud og i den forbindelse udføre en detaljeret overlevering af den unges behov for støtte.



Viden og kompetencer

Det udgør yderligere en forudsætning, at medarbejderne i tilbuddet har viden om og kompetencer til at arbejde med indsatsmodellen i praksis. Mere konkret er det nødvendigt at en eller flere medarbejdere i teamet har stærke **mundtlige og skriftlige kommunikationskompetencer** som kan sættes i spil i den eksterne formidling om tilbuddet, der sker både gennem oplæg og skriftlig formidling på fx sociale medier. Yderligere er det afgørende, at medarbejderne har **viden om psykisk sårbarhed** og herunder er i stand til at vurdere, hvilke støtte- og behandlingstilbud der bedst kan imødekomme den enkelte unges problemer og behov. Derudover er det en forudsætning, at teamet besidder **relationelle og faciliterende kompetencer**, da det understøtter et tæt, tillidsfuldt og koordineret samarbejde med den unge, forældre og øvrige aktører. Sluttelig skal teamet have **erfaring med koordination og tovholderrollen** samt **viden om kommunens eksisterende tilbudsvifte og øvrige relevante tilbud** (fx indsatser i frivilligt regi). Sidstnævnte er særligt vigtigt, da tilbuddet dels ikke skal "overlappe" med kommunens øvrige indsatser, dels skal bane vej for, at målgruppen opnår den rette støtte og hjælp. At opnå viden om kommunens tilbudsvifte udgør derfor en væsentlig forudsætning for at sikre tilbuddets relevans – både organisatorisk og i forhold til målgruppens støttebehov. Det er imidlertid vigtigt at nævne,

at alle medarbejdere i tilbuddet ikke behøver at besidde ovennævnte kompetencer og viden. Kommunerne kan fordel udpege en tovholder til fx rekrutterings- og koordinationsarbejdet.

I relation til viden og kompetencer kan det endvidere udledes, at det på nuværende tidspunkt ikke lader til at være en afgørende organisatorisk forudsætning for at opnå borgerrettet eller organisatorisk udbytte at bemande rådgivningssamtalerne med én medarbejder (socialrådgiver) og det individuelle indsatsspor med en anden medarbejder, som fx har psykolog- eller psykoterapeutuddannelse¹⁶. Der er indtil videre både kommuner, som organiserer sig på denne måde, og kommuner, hvor det samlede forløb for den enkelte unge varetages af en og samme medarbejder hele vejen igennem. Interview med unge og forældre afdækker, at både unge, som har deltaget i forløb, hvor der sker et skifte af medarbejder mellem rådgivning og indsatsspor, og unge, som har været i forløb med én medarbejder, oplever forløbet som meningsfyldt og givende. Der ses på nuværende tidspunkt heller ingen indikationer på, at det har betydning for flowet igennem indsatsen. Der er eksempler på, at både kommuner, hvor én medarbejder varetager det samlede forløb, og kommuner, hvor man systematisk benytter en socialrådgiver til rådgivningssamtaler og en psykolog/terapeut til individuelt indsatsspor, har oplevet udfordringer med at kunne optage de unge tilstrækkeligt hurtigt og undgå ventetid. I forhold til flowet er det således ikke, hvordan tilbuddet bemandes, men nærmere om man formår at gøre dynamisk brug af antallet af rådgivningssamtaler, der lader til at være afgørende. I både modningsarbejdet og slutevalueringen bliver det således væsentligt at undersøge betydningen af bemanningen med en gennemgående eller to skiftende medarbejdere i forbindelse med, at der dykkes dybere ned i kommunernes implementering af kerneelement 3: Rådgivende og afklarende samtaler” samt kerneelement 4: Behandlings- og samtaleforløb.

¹⁶ I vejledningen til ansøgning om støtte fra ansøgningspuljen fremgår det, at det er et krav, at de individuelle samtaleforløb varetages af en relevant uddannet faglighed, fx psykolog eller psykoterapeut (med uddannelse godkendt af Dansk Psykolog Forening).

5. FORELØBIGE RESULTATER FOR DE UNGE

Formålet med dette kapitel er at beskrive de foreløbige resultater, som tilbuddene i de ni projektkommuner har skabt for de unge, som har modtaget et forløb. I kapitlet belyses, i hvilken grad der på nuværende tidspunkt kan måles resultater på de unges trivsel og livsmestring samt symptomer på angst og depression. Der er tale om et foreløbigt billede af resultater, da indsatsmodellen på nuværende tidspunkt ikke kan siges at være fuldt implementeret, ligesom populationen i mange af de mulige analyser på nuværende tidspunkt er begrænset. Der sættes fokus på indsatsens resultater for de unge til slut i projektperioden, hvor slutevalueringen gennemføres ud fra data vedrørende den fulde population med et klassisk summativt fokus.

FORVENTEDE RESULTATER PÅ KORT OG MELLEMLANGT SIGT

På kort sigt er det forventningen, at indsatsmodellen medfører følgende resultater for de unge, som modtager tilbuddet:

- Øget livskvalitet og trivsel
- Bedre indsigt i og håndtering af egne udfordringer
- Fortsat eller styrket tilknytning til skole, fritidsinteresser, familie, uddannelse og arbejde.

Det er også forventningen, at de unge oplever, at:

- Kommunernes åbne tilbud er relevante og hjælpsomme
- Tilbuddenes fysiske rammer er imødekommende
- Der er sammenhæng i deres forløb på tværs af relevante tilbud og forvaltninger.

På mellemlangt sigt forventes følgende resultater:

- Flere psykisk sårbare unge gennemfører en ungdomsuddannelse eller kommer i beskæftigelse
- Trivslen i familier med psykisk sårbare unge øges
- Psykisk sårbare unge gribes uden for psykiatrien, og behovet for medicin forebygges.

Kilde: Vidensnotat: Beskrivelse af en model for kommunalt forebyggende tilbud til psykisk sårbare unge.

Der er også indsamlet data om unges og forældres vurderingen af tilbuddets relevans og deres udbytte ved at deltage i forløbet. Disse resultater er beskrevet tidligere i rapporten i de afsnit, som beskriver kommunernes implementering af kerneelementerne.

I de kommende afsnit præsenteres først de foreløbige resultater i relation til trivsel for de unge. Dette afsnit er baseret på data fra de unges udfyldelse af WHO-5, som alle unge bliver bedt om at udfylde ved opstart, efter rådgivningssamtaler samt ved afslutning af det samlede forløb og igen i forbindelse med opfølgning. Der er på nuværende tidspunkt flest data fra udfyldelsen efter rådgivningssamtaler, da det er dette målepunkt, som flest unge rent kronologisk er nået til i deres indsatsforløb.

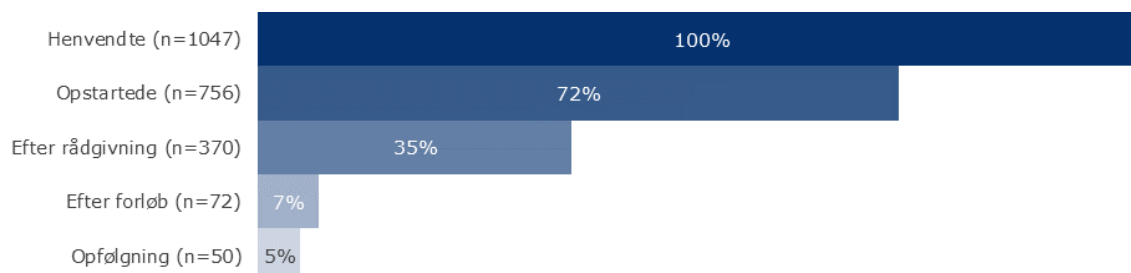
Unge, som overgår til indsatssporet, er endvidere blevet bedt om at udfylde et spørgeskema bestående af spørgsmål fra de validerede måleredskaber Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) og Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)¹⁷ før og efter deres deltagelse i indsatssporet. Som supplement til disse målinger har de unge udfyldt en række surveysspørgsmål, som afdækker deres oplevede udbytte ved at deltage i forløbet.

¹⁷ De tre måleredskaber måler på hhv. de unges livsmestring i form af styrker og vanskeligheder, tegn på angst og tegn på depression. De tre måleredskaber beskrives i bilag 2 om metoder og datakilder.

5.1 De unges udvikling i forhold til trivsel (WHO-5)

De unges trivsel er som nævnt målt gennem deres udfyldelse af WHO-5, som er et valideret måleredskab, der kan anvendes som et mål for en persons generelle trivsel eller velbefindende. De unge bliver bedt om at udfylde WHO-5 hhv. ved opstart, efter rådgivningssamtaler, ved afslutning af det samlede forløb samt ved opfølgning. Tabel 9 viser andelen af unge, der har besvaret et spørgeskema ved henvendelse, efter opstart i rådgivningsforløb, efter rådgivningsforløb, efter indsatsspor samt ved opfølgning.

Tabel 9: Antal besvarelser

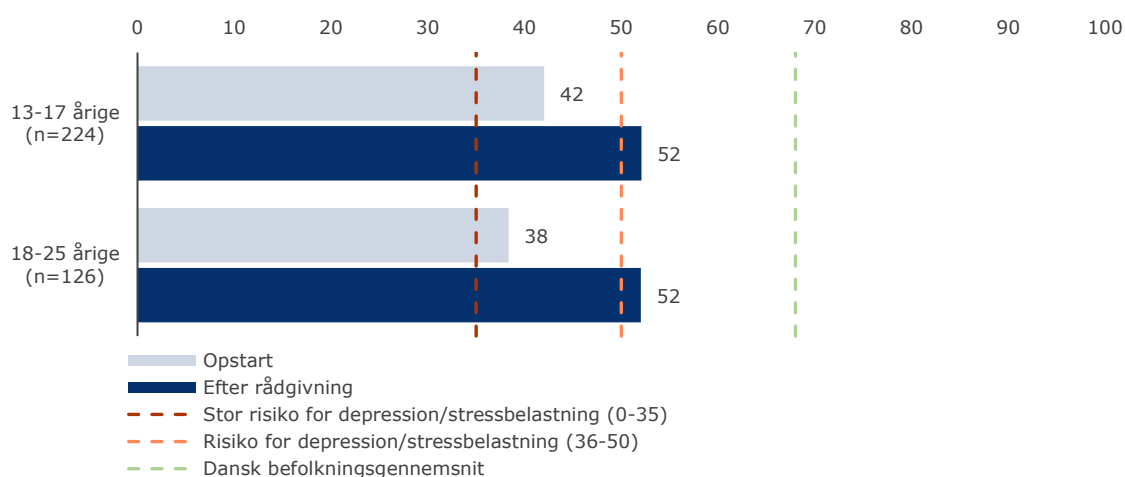


Af tabellen kan det ses, at 72 pct. af den samlede population har udfyldt WHO-5 ved opstart, mens 35 pct. har besvaret skemaet efter rådgivning. Kun 7 pct. (svarende til 72 unge) har gennemført målingen efter et forløb.

5.1.1 Trivsel efter rådgivningssamtaler

Når vi ser på den første progressionsmåling, ses en positiv udvikling, fra da de unge startede op til efter rådgivningssamtalerne (se tabel 10 nedenfor). Det viser sig konkret ved, at de unge i den yngste aldersgruppe (13-17 år) udvikler sig fra en score på 42, som indikerer risiko for depression/stressbelastning, til 52, som indikerer, at de er uden for risiko efter rådgivningssamtalerne. For den ældste aldersgruppe ses en lidt større udvikling fra en start-score på 38 til en score efter rådgivningssamtaler på 52. Udviklingen er signifikant for begge aldersgrupper.

Tabel 10: Trivsel for 13-17-årige og 18-25-årige målt med WHO-5 ved opstart og efter rådgivning

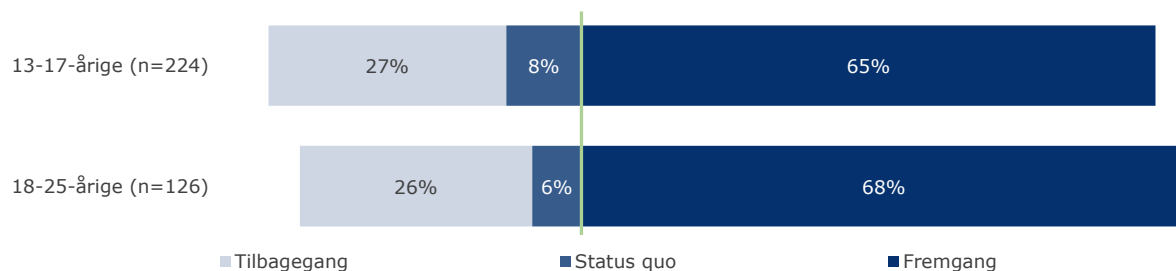


Note: Kun børn og unge, der har udfyldt begge målinger, indgår i figuren.

På nuværende tidspunkt i projektperioden ses således en udvikling i de unges udfyldelse af WHO-5, der indikerer, at kerneelementet om rådgivningssamtaler som første del af indsatsen har en positiv betydning for de unge, især for den ældste del, som lader til at have en smule dårligere trivsel, som nærmer sig scoren for stor risiko for depression/stressbelastning ved opstart i forløbet end de yngste.

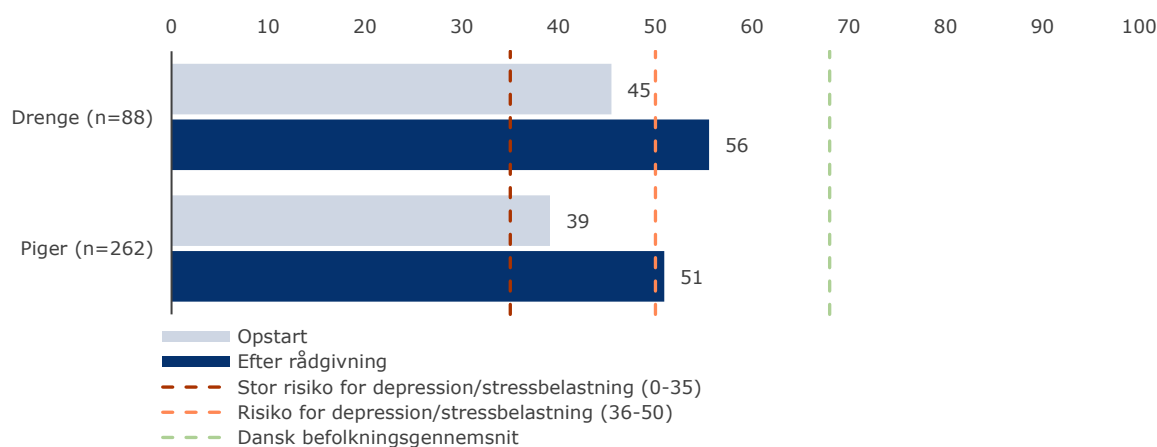
Som supplement til ovenstående analyse viser tabel 11 nedenfor, hvor stor en andel der har oplevet henholdsvis fremgang, status quo eller negativ udvikling fra opstart til efter rådgivningssamtaler. Af tabellen fremgår det, at der indenfor begge aldersgrupper er en overvægt af unge, som samlet set oplever en fremgang i forhold til deres trivsel (hhv. 65 pct. af de yngste og 68 pct. af de ældste), mens hhv. 8 og 6 pct. ikke oplever nogen udvikling. Figuren viser dog også, at ca. hver fjerde i hver aldersgruppe (hhv. 27 pct. og 26 pct.) oplever en tilbagegang i deres selvvaluerede trivsel. Dette kan være udtryk for, at der som forventet er en vis del af de unge, som har tunge problematikker, og hvor tilbuddet i sig selv ikke matcher den unges behov, men i højere grad bør være en indgang og derefter en brobygningsinstans, som sikrer, at den unge kommer videre til mere relevante (indgribende) tilbud. I de kvalitative interview fortæller medarbejderne også, at der i visse forløb sker dét, at de unge som en del af rådgivningssamtalerne i stigende grad bliver beviste om, hvor tyngtet de er af deres psykiske sårbarhed og derfor efter rådgivningssamtalerne potentielt scorer lavere end ved henvendelse. Ved slutevalueringen vil det således være interessant at se nærmere på, om andelen, som oplever tilbagegang mellem måletidspunkterne "opstart" og "efter rådgivningssamtaler", er større end andelen, der oplever tilbagegang mellem måletidspunkterne "efter rådgivningssamtaler" og "ved afslutning" samt "mellem "ved afslutning og "ved opfølgning".

Tabel 11: Andel af unge, der oplever hhv. fremgang, status quo og tilbagegang



Når vi ser på samme gruppe af unge, men inddeler efter køn i stedet for alder (tabel 12 nedenfor), ses et billede af, at pigerne, som modtager et forløb i tilbuddet, ligger en smule lavere i trivsel både ved opstart og efter rådgivningssamtaler. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at fremtrække et billede af, om der er forskel på hhv. yngste og ældste piger og drenge, da populationen med dette kryds i variable bliver for lille. Denne analyse venter således til slutevalueringen.

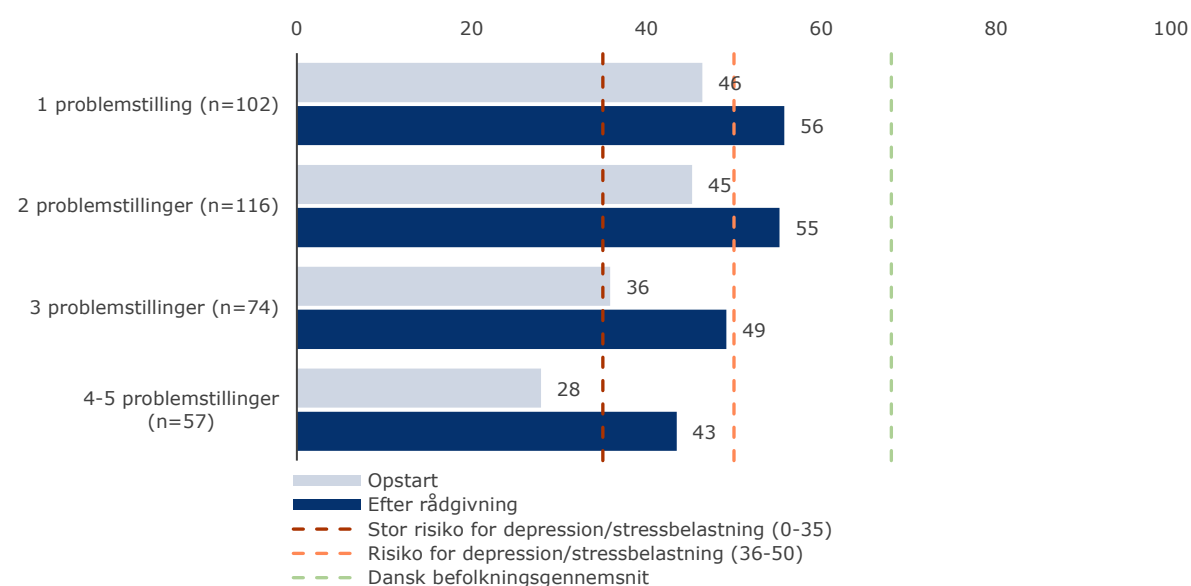
Tabel 12: Trivsel for drenge og piger målt med WHO-5 ved opstart og efter rådgivning



Hvis vi sorterer data efter antallet af problemstillinger, som medarbejderne har angivet til at være årsagen til de unges henvendelse (tabel 13), ses et billede af, de unges trivsel er påvirket af deres problemtyngde. De unge, som vurderes til at have en til to problemstillinger ved opstart, har således

en trivselsscore på 46/45 ved opstart og ligger uden for risiko for depression/stressbelastning efter rådgivningssamtalerne med en score på 56/55. Unge, som ved opstart vurderes til at have tre problemstillinger som årsag til deres henvendelse, starter med en score på 36, som nærmer sig skellinjen til at være i stor risiko for depression/stressbelastning og ligger efter rådgivningssamtaler på en gennemsnitlig score på 49, som er tæt på skellinjen til at være uden for risiko. Trivslen er lavest hos de unge, som vurderes til at have fire til fem problemstillinger ved opstart. Disse unge starter ud med en score på 28, som ligger i kategorien stor risiko for depression/stressbelastning, og bevæger sig op i næste kategori; risiko for depression/stressbelastning efter rådgivningssamtaler, men ligger stadig et stykke fra at være uden for risiko.

Tabel 13: Trivsel for unge med 1-5 problemstillinger målt med WHO-5 ved opstart og efter rådgivning



Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at fremtrække et billede af, om der er forskel på hhv. de yngste og de ældste piger og drenge krydset med problemstilling, da populationen med dette kryds i variable bliver for lille. Denne analyse venter således til slutevalueringen.

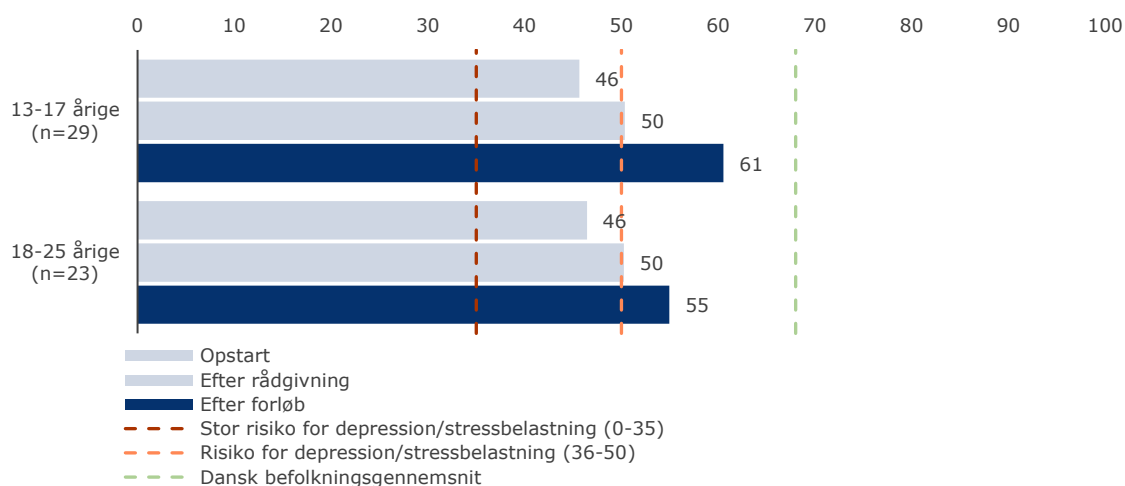
5.1.2 Trivsel efter afsluttet forløb

Hvis vi ser på udviklingen for de unge, som både har udfyldt WHO-5 ved opstart, efter rådgivningssamtaler samt efter det samlede forløb, bliver populationen mindre, da færre har gennemført hele forløbet på nuværende tidspunkt, og samtidig ses der en lavere svarprocent blandt de unge, jo længere de er kommet hen i forløbet.

Ud fra de begrænsede data, der på nuværende tidspunkt er til rådighed (se tabel 14 nedenfor), ses et billede af, at både de 13-17-årige og de 18-25-årige i målingen ved opstart ligger på en score på 46, hvilket indikerer, at de er i risiko for depression eller stressbelastning, når de henvender sig til tilbuddet. Ved målingen efter rådgivningssamtalerne ses en fremgang for begge aldersgrupper, som ligger på en gennemsnitlig score på 50, hvilket svarer til skellinjen for, om der er risiko for depression/stressbelastning eller ej. Og sluttelig, når WHO-5 udfyldes i forbindelse med det samlede forløbs afslutning, ses yderligere udvikling for begge aldersgrupper, hvor de ældste unge har en gennemsnitlig score på 55, og de yngste har en gennemsnitlig score på 61.

Begge aldersgrupper ligger således ved endt forløb uden for risiko for depression/stressbelastning, og de yngste nærmer sig det danske befolkningsgennemsnit på 68¹⁸.

Tabel 14: Trivsel for 13-17-årige og 18-25-årige målt med WHO-5 ved opstart, efter rådgivning samt ved afslutning



Note: Kun børn og unge, der har udfyldt alle målinger, indgår i figuren.

De unge udfylder også WHO-5 i forbindelse med, at medarbejderne i tilbuddet kontakter dem noget tid efter, at de har afsluttet deres forløb for at følge op på, hvordan det går dem. Det er på nuværende tidspunkt imidlertid kun få unge, som har udfyldt WHO-5 i forbindelse med opfølgning, og det er derfor ikke muligt at se på de unges trivsel efter opfølgning, fordi populationen er for lille til at kunne drage analyser på baggrund af data. Denne analyse venter således til slutevalueringen.

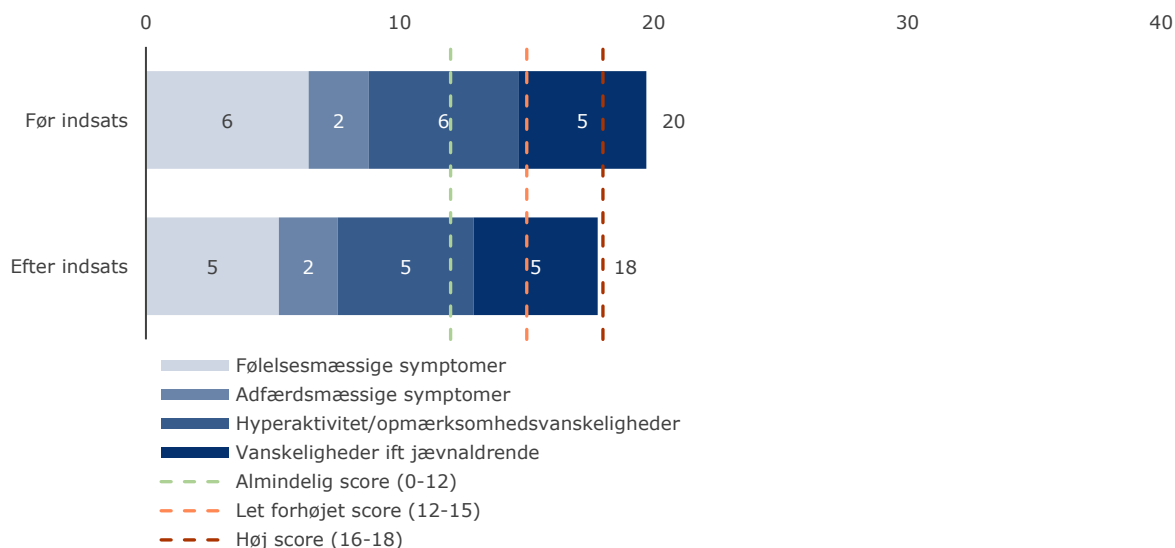
5.2 De unges udvikling i forhold til livsmestring (SDQ)

De unge, som vurderes til at have brug for mere støtte end en til fem rådgivningssamtaler, kan sendes videre til deltagelse i et indsatsspor (enten individuel samtaleterapi eller gruppeforløb). Disse unge bliver ved opstart og afslutning af indsatssporet bedt om at udfylde et spørgeskema, som bl.a. indeholder Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), hvor en høj score er udtryk for en større grad af vanskeligheder. Det vil sige, at en numerisk negativ udvikling fra opstart til afslutning er udtryk for en øget livsmestring. På nuværende tidspunkt er der 54 unge, der har udfyldt dette skema både ved opstart og afslutning. I SDQ spørges der ind til en række subskalaer, som er *følelsesmæssige symptomer*, *adfærdsmæssige symptomer*, *hyperaktivitet/opmærksomhedsforstyrrelser* samt *vanskeligheder i forhold til jævnaldrende*.

Når vi ser på den samlede gruppe af unge, som har udfyldt skemaet (tabel 15), ser vi en lille positiv udvikling, hvor de unge går fra en gennemsnitlig score på 20, som ligger over det, som i normalt angiver en høj score. Ved afslutning er den gennemsnitlige score faldet til 18, som dog fortsat ligger lige ved grænseværdien for "let forhøjet score". Udviklingen er signifikant.

¹⁸ SST: Guide til trivselsindekset WHO-5. [Guide til WHO-5 \(regionsjaelland.dk\)](#)

Tabel 15: De unges udvikling i livsmestring (SDQ) fra før til efter indsatspor

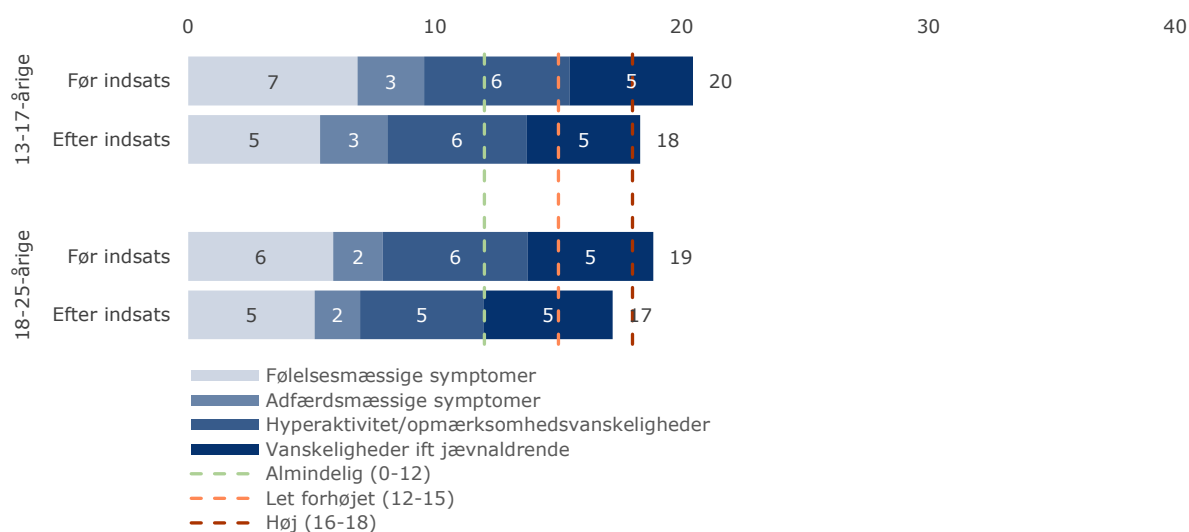


Note: N=54. SDQ-scoren er på en skala fra 0 til 40, hvor en høj score er udtryk for en større grad af vanskeligheder. Det er således en positiv udvikling for den unge, når scoren er mindre i eftermålingen. Normtallene for børn og unge i alderen 11-17 år er angivet i tabellen ved hjælp af de stiplede linjer, som viser niveauet for hhv. almindelig, let forhøjet samt høj score. Der findes jf. gennemgang i metodebilag ikke normal for aldersgruppen 18-25 år.

Det er også muligt at se nærmere på, hvilke subskalaer de unge udvikler sig mest på i tabel 15 ovenfor. På hver subskala kan der scores mellem 0-10 point, hvor en høj score indikerer en høj grad af vanskeligheder. Som figuren viser, sker de unges positive udvikling inden for subskalaerne *følelsesmæssige symptomer* og *hyperaktivitet/opmærksomhedsforstyrrelser*. På de øvrige subskalaer sker der ingen udvikling.

Når der ses på eventuelle forskelle mellem aldersgrupperne (tabel 16), er udviklingen lige stor for den yngste (13-17-årige) og den ældste (18-25-årige) gruppe, men det ses, at de yngste starter ud på et lidt højere niveau, hvilket indikerer, at de har lidt flere vanskeligheder end de ældste.

Tabel 16: 13-17-årige og 18-25-åriges udvikling i livsmestring (SDQ) fra før til efter indsatspor



Note: For 13-17-årige er n=29 og for 18-25-årige er n=25. SDQ-scoren er på en skala fra 0 til 40, hvor en høj score er udtryk for en større grad af vanskeligheder. Det er således en positiv udvikling for den unge, når scoren er mindre i eftermålingen. Normtallene for børn og unge i alderen 11-17 år er angivet i tabellen ved hjælp af de stiplede linjer, som viser niveauet for hhv. almindelig, let forhøjet samt høj score. Der findes jf. gennemgang i metodebilag ikke normal for aldersgruppen 18-25 år.

Der er som en del af analyserne set på eventuelle forskelle mellem piger og drenge, men i disse analyser bliver populationen for drenge så begrænset (n=12), at det er for tidligt at fremhæve et egentligt resultat. Der ses dog i de begrænsede data et foreløbigt billede af, at der sker en positiv udvikling for begge køn, om end pigerne starter lidt bedre ud end drengene. Det ses ved, at pigerne ved både start og afslutning af indsatsperioden ligger på et niveau, der indikerer en lidt lavere grad af vanskeligheder, end det drengene oplever.

Når der ses på, om antallet af problemstillinger ved henvendelse har betydning for, om de unge opnår en udvikling målt med SDQ, kommer populationen for de respektive variable ligeledes under 20, hvorfor det er for tidligt at fremhæve egentlige resultater. Der ses dog i de begrænsede data et foreløbigt billede af, at der for alle unge, uanset antal problemstillinger, sker en positiv udvikling fra opstart til afslutning af indsatsperioden, men at de unge, som har flest problemstillinger ved opstart, starter ud med en højere score i SDQ (og derved en større belastningsgrad), end de unge som har færre problemstillinger.

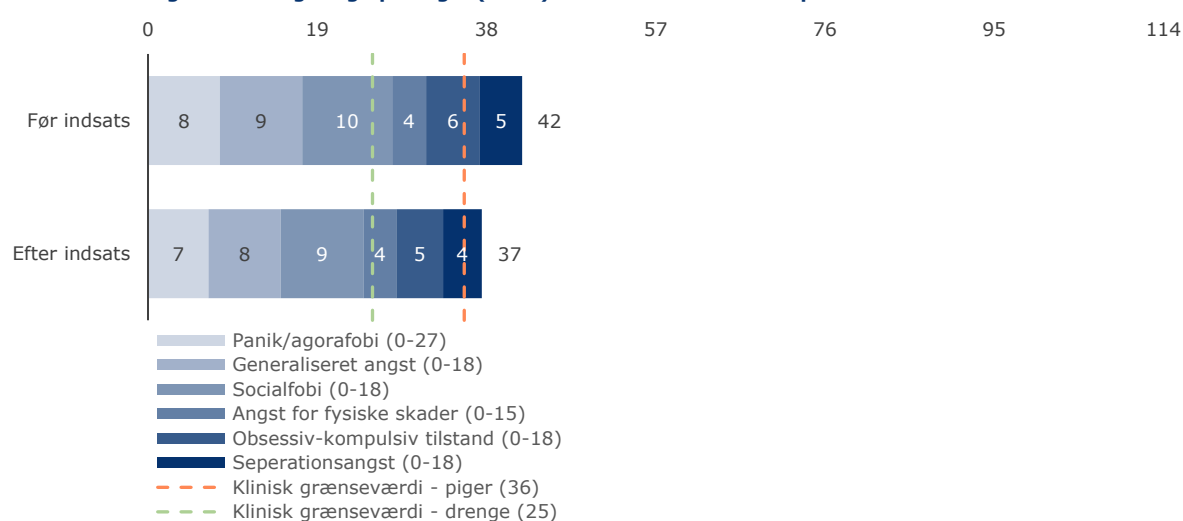
Analyserne vedrørende både køn og problemtyngde gentages ved slutevalueringen, hvor populationen er større, således at det er muligt at tegne et mere sikkert billede af disse tendenser.

5.3 De unges udvikling i forhold til symptomer på angst (SCAS)

De unge, som deltager i et indsatsspor, bliver ligeledes bedt om at udfylde det validerede måleredskab Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), som måler den unges grad af symptomer på angst. I disse målinger er en høj score ligeledes udtryk for en større grad af symptomer. Det vil sige, at en numerisk negativ udvikling fra opstart til afslutning er udtryk for et fald i symptomer. På nuværende tidspunkt er der 54 unge, der har udfyldt dette skema både ved opstart og afslutning.

Når vi ser på den samlede gruppe af unge, som har udfyldt skemaet (tabel 17 nedenfor), ser vi en lille positiv udvikling, hvor de unge går fra en gennemsnitlig score på 42 ved opstart i indsatsperioden og falder til en score på 37 ved afslutning. Den gennemsnitlige score blandt de unge ligger således både ved opstart og ved afslutning over den kliniske grænseværdi for både piger og drenge¹⁹. Udviklingen er ikke signifikant.

Tabel 17: De unges udvikling i tegn på angst (SCAS) fra før til efter indsatsperioden



Note: N=54. SCAS-scores er på en skala fra 0 til 114, hvor en høj score er udtryk for en større grad af symptomer på angst. Det er således en positiv udvikling for den unge, når scoren er mindre i eftermålingen. Kliniske grænseværdier for børn og unge i alderen 13-17 år er angivet i tabellen ved hjælp af de stiplede linjer, som viser niveauet for hhv. piger og drenge. Der findes jf. gennemgang i metodebilag ikke grænseværdier for aldersgruppen 18-25 år.

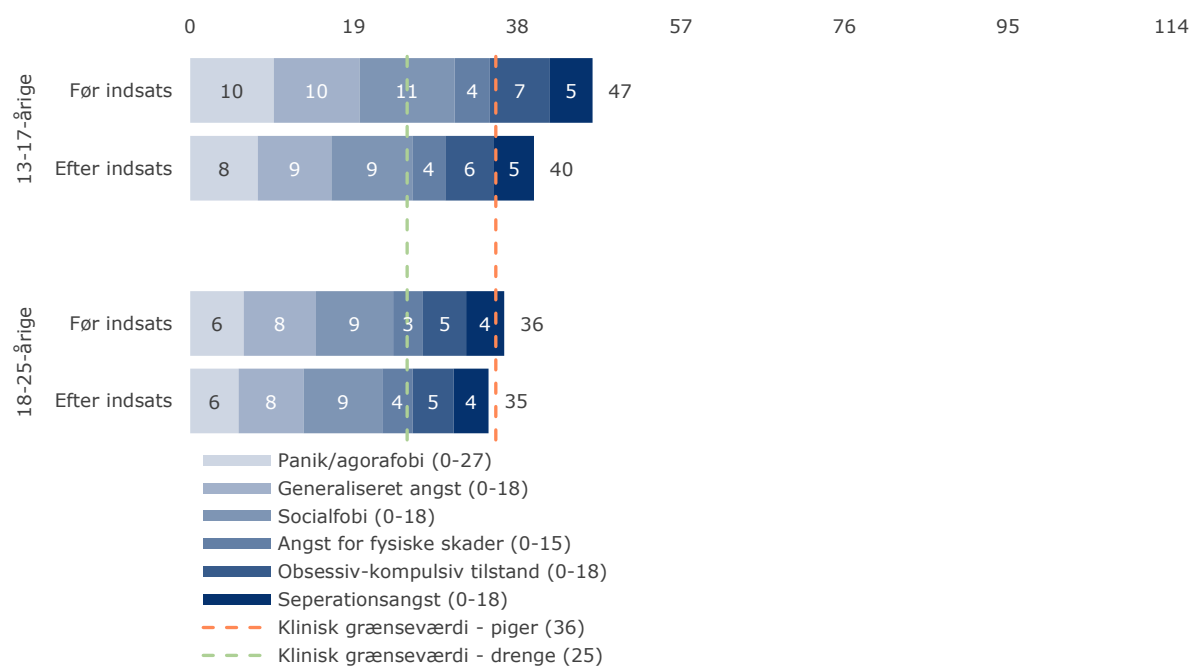
¹⁹ Den kliniske grænseværdi kan benyttes til at vurdere, om en ung skal tilbydes behandling. Den kliniske grænseværdi er skæringspunktet mellem normalfordelingen for en normal population og normalfordelingen for en klinisk gruppe. Unge, som scorer under grænseværdien, ligner således mere normale unge uden klinisk angst, og unge, der scorer over dette punkt, ligner mere gruppen med klinisk angst (Kilde: CEBU Aarhus Universitet).

Når der ses på udviklingen inden for symptomer på forskellige typer af angst, ses en positiv udvikling på alle typer, hvor scoren falder 1 værdi fra før- til eftermåling – undtagen på angst for fysiske skader, hvor der ses en status quo på en lav score (4) ved både før- og eftermåling.

Der er på nuværende tidspunkt for få observationer af drenge i besvarelserne, hvorfor det ikke er muligt at analysere, hvordan piger hhv. drenge scorer på SCAS²⁰. Det er imidlertid muligt at se på, hvordan den yngste og den ældste aldersgruppe udvikler sig, hvilket fremgår af tabel 18 nedenfor.

Her ses det, at den yngste gruppe starter ud på det højeste niveau af symptomer, men til gengæld opnår en positiv udvikling fra 47 til 40 point. Den ældste gruppe starter ud på et lavere niveau af symptomer (36), som ligger tæt på grænseværdien for piger, men opnår til gengæld ikke den store udvikling (falder til 35).

Tabel 18: 13-17-årige og 18-25-åriges udvikling i tegn på angst (SCAS) fra før til efter indsats



Note: For 13-17-årige er n=29 og for 18-25-årige er n=25. SCAS-scoren er på en skala fra 0 til 114, hvor en høj score er udtryk for en større grad af symptomer på angst. Det er således en positiv udvikling for den unge, når scoren er mindre i eftermålingen. Kliniske grænseværdier for børn og unge i alderen 13-17 år er angivet i tabellen ved hjælp af de stiplede linjer, som viser niveauet for hhv. piger og drenge. Der findes jf. gennemgang i metodebilag ikke grænseværdier for aldersgruppen 18-25 år.

Når der ses på betydningen af antallet af problemstillinger, så er der på nuværende tidspunkt en lille population til at fremhæve et egentligt resultat. Men ud fra de begrænsede data ses der på samme måde som i SDQ-målingerne et foreløbigt billede af, at problemtyngden, altså hvor mange problematikker den unge vurderes til at være udfordret af, har betydning for, hvor høj grad af symptomer på angst de unge starter ud med.

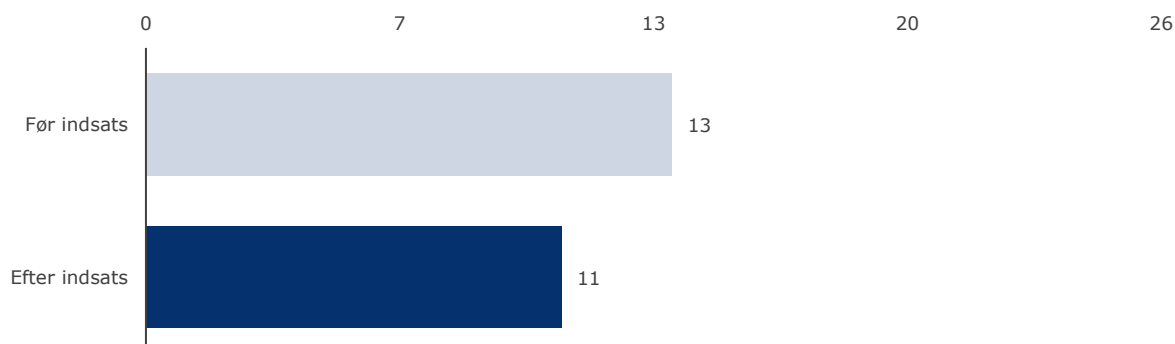
5.4 De unges udvikling i forhold til symptomer på depression (MFQ)

De unge, som deltager i et indsatsspor, bliver slutteligt bedt om at udfylde spørgeskemaet Mood and Feelings Questionnaire (MFQ), som måler på den unges grad af symptomer på depression. I disse målinger er en høj score ligeledes udtryk for en større grad af symptomer. Det vil sige, at en numerisk negativ udvikling fra opstart til afslutning er et udtryk for et fald i symptomer. På nuværende tidspunkt er der 54 unge, der har udfyldt dette skema både ved opstart og afslutning.

²⁰ Disse analyser venter til slutevalueringen, hvor der forventes et større n.

I nedenstående tabel 19 ses det, at de unge gennemsnitligt oplever et fald i symptomer på depression fra før- til eftermålingen. Udviklingen er signifikant.

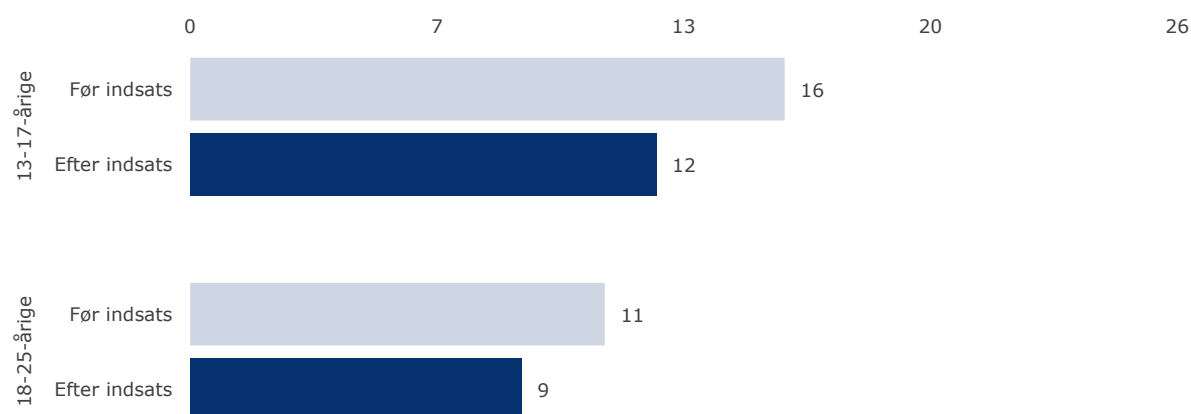
Tabel 19: De unges udvikling i tegn på depression (MFQ) fra før til efter indsats



Note: N=54. MFQ-scoren er på en skala fra 0 til 26, hvor en høj score er udtryk for en større grad af symptomer på depression. Det er således en positiv udvikling for den unge, når scoren er mindre i eftermålingen. Den engelske udvikler af måleredskabet anviser ikke en cut-off (hvilken score der indikerer depressive symptomer), men anbefaler, at brugen af cut-off kvalitetssikres i forhold til den konkrete kontekst, hvori redskabet anvendes. Brugen af cut-off i MFQ drøftes med forsker Mikael Thastum, CEBU, inden der træffes beslutning om, hvorvidt det er muligt at benytte en dansk cut-off i analyserne ved slutevalueringen. MFQ-data benyttes således på nuværende tidspunkt udelukkende til at få et billede af, om de unges tegn på depression falder, og altså ikke af, om deres niveau er højt/lavt ift. normalbefolkningen.

Der er på nuværende tidspunkt få observationer af drenge i besvarelserne, hvorfor det ikke er muligt at se på, hvordan piger hhv. drenge scorer på MFQ²¹. Det er imidlertid muligt at se på, hvordan den yngste og den ældste aldersgruppe udvikler sig, hvilket fremgår af tabel 20 nedenfor. Når vi ser nærmere på forskelle mellem aldersgrupperne, ses et billede af, at de yngste (13-17 år) starter ud på et højere niveau af symptomer på depression, men samtidig oplever et større fald fra før- til eftermålingen.

Tabel 20: 13-17-årige og 18-25-åriges udvikling i tegn på depression (MFQ) fra før til efter indsats



Note: For 13-17-årige er n=29 og for 18-25-årige er n=25. MFQ-scoren er på en skala fra 0 til 26, hvor en høj score er udtryk for en større grad af symptomer på depression. Det er således en positiv udvikling for den unge, når scoren er mindre i eftermålingen. Den engelske udvikler af måleredskabet anviser ikke en cut-off (hvilken score der indikerer depressive symptomer), men anbefaler, at brugen af cut-off kvalitetssikres i forhold til den konkrete kontekst, hvori redskabet anvendes. Brugen af cut-off i MFQ drøftes med forsker Mikael Thastum, CEBU, inden der træffes beslutning om, hvorvidt det er muligt at benytte en dansk cut-off i analyserne ved slutevalueringen. MFQ-data benyttes således på nuværende tidspunkt udelukkende til at få et billede af, om de unges tegn på depression falder, og altså ikke af, om deres niveau er højt/lavt ift. normalbefolkningen.

Ligesom i data fra SDQ og SCAS ses der også i MFQ-målingerne på nuværende tidspunkt en for lille population til at fremhæve et egentligt resultat i forhold til, om antallet af problemstillinger, som den unge vurderes at have ved henvendelse, har betydning. Men ud fra de begrænsede data ses der på samme måde som i SDQ- og SCAS-målingerne et foreløbigt billede af, at problemtyngden, altså hvor mange problematikker den unge vurderes til at være udfordret af, har betydning for, hvor høj grad af symptomer på depression de unge starter ud med.

²¹ Disse analyser venter til slutevalueringen, hvor der forventes et større n.

6. VIDEN OM ETABLERINGSOMKOSTNINGER

Som en del af midtvejsevalueringen har Rambøll gennemført en analyse af omkostningerne forbundet med etableringen af indsatsmodellen i modningsprojektet *Forebyggende kommunale indsatser til psykisk sårbare unge*. I dette kapitel beskrives analysetilgangen, datagrundlaget og analysens resultater.

6.1 Analysetilgang for omkostningsvurderingen

Med udgangspunkt i Socialstyrelsens retningslinjer for økonomiske analyser kan beregningen af indsatsens etableringsomkostninger klassificeres som en omkostningsvurdering på niveau 3²². En omkostningsvurdering på niveau 3 betyder, at førnævnte omkostninger ikke med rimelighed lader sig kvantificere og/eller prisfastsætte. Det skyldes, at indsatsen på tidspunktet for dataindsamlingen endnu ikke er tilstrækkeligt beskrevet, hvorfor tids- og ressourceforbruget forbundet med de konkrete opstartsaktiviteter og -udgifter kan være svære at afgrænse fra øvrige aktiviteter, herunder modningsprojektets udviklingsaktiviteter²³.

Selvom det hverken har været muligt at kvantificere eller prisfastsætte kommunernes faktiske tids- og ressourceforbrug relateret til etableringen af indsatsen, har det på baggrund af dataindsamlingen dog været muligt at identificere konkrete aktiviteter og udgiftsposter forbundet med indsatsens etablering. Som følge heraf er vurderingen af indsatsens etableringsomkostninger gennemført som en kvalitativ beskrivelse.

6.2 Datagrundlaget for omkostningsvurderingen

Datagrundlaget for vurderingen af indsatsens etableringsomkostninger baserer sig på oplysninger fra de ni deltagende kommuner. Konkret er dataindsamlingen foregået ved først at gennemgå kommunernes ansøgninger med det formål at opnå en indledende forståelse af indsatsen samt kommunernes organisering og tilgang. Herefter har de ni kommuner deltaget i en dataworkshop, hvor den indsamlede viden fra kommunernes ansøgninger er blevet valideret, ligesom supplerende oplysninger om kommunernes aktiviteter og udgifter er blevet afdækket.

6.3 Resultatet af omkostningsvurderingen

Etableringen af den forebyggende kommunale indsats til psykisk sårbare forudsætter først og fremmest, at der sammensættes et team til varetagelse af indsatsen bestående af en projektleder, en socialrådgiver og en psykolog. Det varierer, om kommunerne har allokert interne medarbejdere med de rette faglige kompetencer til indsatsen, eller om der er rekrutteret nye medarbejdere. Indsatsen kræver ingen forudgående kompetenceudvikling, men i enkelte kommuner er der efterfølgende igangsat kompetenceudvikling i form af terapeutuddannelse til rådgivere, som varetager rådgivningssamtaler.

På tværs af alle ni kommuner beskrives det, at en central del af etableringen af indsatsen består i at skabe kontakt til og inddrage relevante samarbejdspartnere og interessenter. Eksempler herpå kan blandt andet være PPR, skoler, KUI, sundhedsplejerskerne m.fl. Formålet hermed er blandt andet at udbrede kendskabet til indsatsen til førnævnte aktører, sikre rekruttering af deltagere til indsatsen samt få tænkt indsatsen ind i kommunens indsatser og herigennem skabe det bedste samarbejde om målgruppen og relevante snitflader. På tværs af de ni kommuner er dette arbejde

²² Jf. Socialstyrelsens retningslinjer for økonomisk analyse af sociale indsatser: https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som-og-okonomiske-analyser/Retningslinjer_ekonomiske_analyser

²³ Det er forventningen, at den endelige omkostningsvurdering vil indbefatte en forholdsvis præcis opgørelse af driftsomkostningerne. Det betyder, at den endelige omkostningsvurdering forventes at være på niveau 2. Hermed forstås, at vi kan kvantificere og værdisætte størstedelen af indsatsens omkostninger (driftsomkostningerne) og opgøre dem pr. deltager, mens en mindre del (etableringsomkostninger samt evt. enkelte driftsomkostninger) vil være kvalitativt beskrevet.

bl.a. foregået ved at nedsætte en styregruppe med repræsentanter for relevante forvaltninger/enheder samt deltage i møder med relevante samarbejdspartnere. Alle kommuner har endvidere beskrevet, at særligt rekrutteringsarbejdet rettet mod at få unge og forældre ind i indsatsen, har været en ressourcekrævende del af etableringen.

Etableringen af indsatsen kræver endvidere, at der afsættes ressourcer til udarbejdelsen af markedsføringsmaterialer, fx brochurer, postkort, flyers, en hjemmeside og lign. Udgifterne hertil har været varierende på tværs af kommunerne, alt efter om materialet er udarbejdet internt i kommunen, eller en ekstern grafiker har stået for arbejdet.

Endelig kan der være udgifter forbundet med at finde og indrette lokaler til afholdelse af indsatsen. Udgifterne hertil har ligeledes været varierende på tværs af de deltagende kommuner. Visse kommuner har ikke haft udgifter hertil, da man har kunnet bruge allerede eksisterende lokaler og møblement, mens andre kommuner har brugt ressourcer på både ombygning og indretning af lokaler.

6.4 Næste skridt i forhold til den endelige omkostningsvurdering

På baggrund af de indsamlede oplysninger er det forventningen, at der i forbindelse med slutevalueringen kan beregnes et foreløbigt estimat over de etablerings- og driftsomkostninger, som er forbundet med indsatsen, ligesom der kan udarbejdes en beskrivelse af hvilke antagelser, aktiviteter og ressourcer, som ligger til grund for estimatet. Der er i datagrundlaget om de unge, som modtager indsatsen, detaljeret viden om antallet af unge som modtager indsatsen samt om hvor mange aktiviteter, de deltager i. Hvis det bliver muligt at kvantificere omkostningerne, er det derfor forventningen, at disse vil kunne opgøres pr. deltager, hvorfor den endelige omkostningsvurdering potentielt kan ende på niveau 2, jf. Socialstyrelsens retningslinjer for økonomisk analyse af sociale indsatser²⁴. Som følge af indsatsens tidlige stadie, forudser vi, at der fortsat ved slutevalueringen vil være omkostninger, som ikke kan kvantificeres. Disse vil blive beskrevet kvalitativt, ligesom vi vil foretage en vurdering af, hvilken betydning, disse mangler har for de samlede omkostninger ved indsatsen. Ligeledes vil der blive foretaget følsomhedsanalyser der synliggør, hvordan eventuelle variationer i analysens antagelser påvirker de beregnede omkostninger.

²⁴ https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som-og-okonomiske-analyser/Retninglinjer_okonomiske_analyser

APPENDIX 1: MIDTVEJSVURDERING AF INDSATSMODELLEN

Evaluators midtvejsvurdering af indsatsmodellen	
<p>For hvert af de tre parametre relevans, implementerbarhed og rentabilitet opsummeres det billede, den tilvejebragte viden i midtvejsevalueringen tegner, og vurderingen markeres med en rød, gul eller grøn status på hvert parameter.</p>	
<i>Parameter</i>	<i>Vurdering</i>
Relevans	<i>Status er grøn</i>
<p>Det er på baggrund af den foreløbige viden om kommunernes modning af modellen evaluators vurdering, at indsatsen har en høj grad af relevans.</p> <p>Dette baseres først og fremmest på målgruppen af psykisk sårbare unge samt forældres tilbagemeldinger i survey og kvalitative interview, som viser, at målgruppen oplever indsatsen som relevant og meningsfuld, og mener, at tilbuddet er et vigtigt supplement til øvrige kommunale og private muligheder for at få støtte. Der ses samtidig tilfredsstillende resultater i form af målbar udvikling i forhold til trivsel, livsmestring samt tegn på angst og depression hos målgruppen.</p> <p>Indsatsen vurderes herudfra at være fagligt bæredygtig i kommunerne.</p> <p>I relation til indsatsens organisatoriske relevans og bæredygtighed ses der på nuværende tidspunkt en række opmærksomhedspunkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er blandt medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere stor opbakning til indsatsens relevans, idet den imødekommer målgruppens behov og supplerer den kommunale tilbudsvifte på meningsfuld vis. • Der er dog fortsat et uindfriet potentiale i forhold til koordination og afklaring af snitflader til øvrige kommunale, regionale og private tilbud. Hvis dette indfris, vil indsatsen kunne blive relevant for flere unge, ligesom det potentielt kan blive lettere for medarbejderne at afgøre, hvem i målgruppen indsatsen ikke er relevant for og derved lettere kunne brobygge disse unge videre til andre indsatser, således at disse også vil opleve at få en relevant hjælp fra kommunen. 	
<i>Parameter</i>	<i>Vurdering</i>
Implementering	<i>Status er gul</i>
<p>Det er på baggrund af den foreløbige viden om kommunernes implementering af modellen evaluators vurdering, at indsatsen kan fungere i en dansk kontekst, og at det er realistisk for kommunerne at tilvejebringe de betingelser, som er nødvendige for at kunne implementere indsatsen.</p> <p>Det er dog i forhold til den videre modningsproces vigtigt at være særligt opmærksom på, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunernes implementeringsarbejde følger den naturlige kronologi i arbejdet med at udvikle indsatsen. Dog udgør det et opmærksomhedspunkt, at kommunerne ikke har opnået flere erfaringer med kerneelementet Koordination. Fremover er det vigtigt, at kommunerne arbejder målrettet med omsætning af koordination og kobling til øvrige tilbud, således at det kan belyses, hvilken betydning kerneelementet har for både målgruppen og det organisatoriske udbytte. • Især i forhold til kerneelementet Koordination ses på nuværende tidspunkt nogle faktorer i kommunerne, som kan gøre det svært at efterleve kerneelementet, især i forhold til koordination undervejs og ved afslutning af de unges forløb. • Samtidig ses der på nuværende tidspunkt fine resultater af indsatsen, ligesom der er stor tilfredshed blandt de unge og forældrene med indsatsen. Øget implementering af kerneelementet lader således ikke til at være afgørende for, hvorvidt der skabes resultater på borgerniveau, men især på organisatorisk niveau er der uindfriet potentiale. <p>De opridsede opmærksomhedspunkter medfører, at midtvejsvurderingen i forhold til implementering bliver gul. Det er evaluators forventning, at det er muligt for kommunerne at arbejde med opmærksomhedspunkterne i sidste halvdel af modningsperioden i en sådan grad, at vurderingen ved slutevalueringen vil være grøn.</p>	

Evaluators midtvejsvurdering af indsatsmodellen	
<i>Parameter</i>	<i>Vurdering</i>
Rentabilitet	<i>Endnu ikke muligt at vurdere</i>
<p>Det er på nuværende tidspunkt kun muligt at foretage en kvalitativ afdækning af, hvilke ressourcer det kræver at etablere indsatsen, og ressourcerne kan således ikke kvantificeres eller prissættes.</p> <p>De ressourcer, som ledere og projektledere på nuværende tidspunkt beskriver, etableringen af indsatsen har krævet, ligger i mange kommuner indenfor rammerne af de ressourcer, som normalt har været allokeret til målgruppen, og der er således langt hen ad vejen tale om en omlægning af, hvordan der arbejdes. Dog har der været etableringsudgifter til bl.a. lokaler og markedsføring.</p> <p>Det er grundet datamaterialets karakter og tidspunktet i implementeringsforløbet, hvor der endnu ikke er afdækket driftsomkostninger, ikke muligt at foretage en vurdering af, om der er et rimeligt forhold mellem ressourceforbruget og de forventede resultater. Der ses dog samtidig ikke indikationer på, at udgifterne vil være unødigt høje, og sammenholdt med de foreløbige resultater, som indsatsen har skabt for de unge, er det evaluators vurdering, at indsatsens rentabilitet vil kunne vurderes i forbindelse med slutevalueringen.</p>	

APPENDIX 2: METODER OG DATAKILDER

Dette bilag præsenterer de datakilder, som evalueringsrapporten bygger på. Datakilderne er oplyst i tabellen nedenfor.

Datakilde	Beskrivelse af datakilde
Stamdata	<p>I løbet af projektperioden indsamles stamdata om de unge, der henvender sig til og modtager et samtaleforløb og/eller en indsats i tilbuddet. Dette er gjort med henblik på at få viden om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbuddets målgruppe (individuelle baggrundskarakteristika) • Henvendelsernes omfang og karakter • Rådgivningssamtalernes omfang og karakter • Indsatssporets omfang og karakter • Opfølgning efter indsatsforløb. <p>Stamdata registreres af medarbejderne i de ni projektkommuner, når de starter en ung op i tilbuddet, efter rådgivningssamtaler samt ved afslutning af det samlede forløb.</p> <p>Stamdata indgår som datakilde i kapitel 3, som belyser, hvad der kendetegner de unge, som modtager tilbuddet i forhold til bl.a. køns- og aldersfordeling, uddannelses- og beskæftigelsesstatus, samt hvilke udfordringer de har brug for støtte til at håndtere.</p> <p>Stamdata bliver også brugt i kapitel 4 om implementering af indsatsmodellens kernelementer. Heri benyttes data om henvendelsernes omfang og karakter til at belyse brugen af kerneelementet Rekruttering og henvisning, ligesom data om rådgivningssamtalernes omfang benyttes i afsnittet om kerneelementet Rådgivningssamtaler.</p>
Progressionsmålinger af unges trivsel (WHO-5)	<p>Unge trivsel er målt med WHO-5-trivselsindeks.</p> <p>WHO-5 er et valideret måleredskab og kan anvendes som et mål for en persons generelle trivsel eller velbefindende. Måleredskabet består af fem spørgsmål om, hvordan personen har følt sig tilpas i de seneste to uger. Måleredskabet giver en trivselscore mellem 0 og 100, hvor 100 er den højeste grad af trivsel.</p> <p>Risiko for depression og stressbelastning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pointtal mellem 0-35: Der kan være stor risiko for depression eller stressbelastning • Pointtal mellem 36-50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning • Pointtal over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning • Den gennemsnitlige score for befolkningen ligger på 68. <p>Rambøll har i samarbejde med Socialstyrelsen valgt at bruge WHO-5 til trivselsmålinger til hele målgruppen (13-25 år) for at have et samlet resultatmål på tværs af aldersgruppen. Målgruppen rapporterer selv deres trivsel. De unge udfylder WHO-5 forud for rådgivningssamtalerne og efterfølgende ved hhv. afslutning af rådgivningssamtaler, afslutning af indsatsspor samt ved opfølgning.</p> <p>WHO-5 har været testet i mange forskellige befolkningsgrupper. Redskabet er udviklet til voksne, men det er benyttet til børn helt ned til 9 år.</p> <p>WHO-5 er blevet anvendt til at opnå en indikation af, hvorvidt de forskellige dele af indsatsen har haft en betydning for de unges trivsel. Målingen indgår som en del af datagrundlaget i kapitel 3, hvor de unges udfyldelse af WHO-5 ved opstart benyttes til at belyse målgruppens trivselsniveau og derved belastningsgrad ved deres henvendelse til tilbuddet. Målingerne benyttes igen i kapitel 5, hvor målingerne ved opstart, efter rådgivning samt efter endt forløb benyttes til at belyse de unges foreløbige resultater, som følge af deres deltagelse i tilbuddet.</p> <p>Kilde: https://vidensportal.dk/dokumentation/udsatte-voksne/WHO-5</p>

Datakilde	Beskrivelse af datakilde
Surveys vedr. oplevet udbytte	<p>I løbet af projektperioden indsamles data om de unges og forældrenes oplevelse af indsatsen og det udbytte, de oplever at få som følge af deres deltagelse. Data indsamles gennem en række surveysspørgsmål, som er udviklet af Rambøll. Formålet er at dokumentere de unges og forældrenes umiddelbare vurdering af indsatsforløbet undervejs i og efter indsatsen. Denne viden benyttes i analyserne af brugen af de enkelte kerneelementer for at belyse, hvordan de unge og forældrene oplever at modtage fx rådgivningssamtaler. Den benyttes også til at belyse målgruppens vurdering af den samlede indsats' relevans. Derved kan data fra surveyen være med til at sandsynliggøre sammenhænge mellem indsats og resultaterne målt i forhold til de unges trivsel, livsmestring samt tegn på angst og depression.</p> <p>De unge og forældrene modtager surveysspørgsmålene ved hhv. afslutning af rådgivningssamtaler, afslutning af indsatsspor samt ved opfølgning (i samme spørgeskema som WHO-5).</p> <p>Målingerne indgår som en del af datagrundlaget i kapitel 4. Mere konkret anvendes data til at opnå et indblik i målgruppens vurdering af rådgivningssamtalerne samt koordinationen både undervejs i og efter indsatsen.</p>
Før- og eftermålinger i forbindelse med indsatsspor	<p><i>Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i></p> <p>Til at måle de unges livsmestring i form af styrker og vanskeligheder før og efter den unges forløb i indsatsspor benyttes SDQ. SDQ er et valideret måleredskab og afdækker den unges ressourcer og vanskeligheder over de seneste seks måneder. Redskabet består af 25 spørgsmål og måler konkret den unges:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Følelsesmæssige symptomer • Adfærdsmæssige symptomer • Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder • Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende • Sociale styrkesider. <p>Den samlede score kan rangere mellem 0 og 40, hvor en højere score er udtryk for en større grad af vanskeligheder.</p> <p>SDQ indeholder desuden fire supplerende 'impact'-spørgsmål, der afdækker, hvorvidt den unge selv vurderer at have en problematik i forhold til følelser, koncentration, opførsel eller evne til at komme godt ud af det med andre.</p> <p>De unge, som efter rådgivningssamtalerne går videre i indsatsforløbet og deltager i et indsatsspor, modtager SDQ-spørgsmålene som led i før- og eftermålingen. Førmålingen udsendes i forbindelse med de unges sidste rådgivningssamtale eller i forbindelse med første session i indsatssporet, mens eftermålingen udsendes ved de unges afslutning af den samlede indsats.</p> <p>I analyserne benyttes SDQ's normtal, som er udviklet på baggrund af data om børn og unge i alderen 11-17 år. Det er i samråd med Socialstyrelsen valgt at synliggøre normtallene i analyserne, selv om indsatsens målgruppe er unge op til 25 år.</p> <p>Kilde: https://vidensportal.dk/temaer/opsporing-1/validerede-screeningsvaerktojer-til-maling-af-born-og-unges-trivsel-sdq-og-seam/validerede-screeningsvaerktojer-til-maling-af-born-og-unges-trivsel-sdq-og-seam</p> <p>SCAS</p> <p>Til at indfange de unges potentielle angstproblematikker anvendes SCAS. SCAS måler på graden og typen af angst, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialfobi • OCD • Panikangst • Generaliseret angst • Separationsangst • Angst for fysiske skader.

Datakilde	Beskrivelse af datakilde
<p>Før- og eftermålinger i forbindelse med indsatsspor (forsat)</p>	<p>Spørgeskemaet består af 44 items. Den samlede score kan rangere mellem 0 og 144, hvor en høj score er udtryk for en større grad af angst. Der kan udregnes en total score samt subscores for symptomer relateret til panik/agorafobi, generaliseret angst, socialfobi, separationsangst, obsessiv-kompulsiv tilstand samt angst for fysiske skader.</p> <p>De unge, som efter rådgivningssamtalerne går videre i indsatsforløbet og deltager i et indsatsspor, modtager SCAS-spørgsmålene som led i før- og eftermålingen. Før-målingen udsendes i forbindelse med de unges sidste rådgivningssamtale eller i forbindelse med første session i indsatssporet, mens eftermålingen udsendes ved de unges afslutning af den samlede indsats.</p> <p>Rambøll har i samarbejde med Socialstyrelsen valgt at bruge SCAS til måling af angstsymptomer på tværs af hele målgruppen (13-25 år) for at have et samlet resultatmål. SCAS er oprindeligt udviklet til aldersgruppen 8-15 år, men anvendes ofte til 7-18-årige. Efter samråd med forsker Mikael Thastum, CEBU, som har stor erfaring med at benytte måleredskabet, er det imidlertid besluttet at benytte redskabet til hele tilbuddets målgruppe. Som følge heraf er der blevet ændret i ordlyden ved en række items (fx fra barn til ung, fra skole til uddannelse eller job etc.).</p> <p>CEBU har i forbindelse med en undersøgelse af danske skolebørn og børn med en angstdiagnose (Arendt, Hougaard, & Thastum, 2014) udviklet danske normtal til SCAS, som benyttes i analyserne i nærværende evaluering. Normerne er på nuværende tidspunkt baseret på et mindre antal unge, men vurderes stadig at være medvirkende til at styrke måleredskabets validitet.</p> <p>Kilder: SCAS kan hentes frit på CEBU's hjemmeside: https://psy.au.dk/cebu/til-professionelle/spoergeskemaer-og-kliniske-interviews-til-fri-afbenyttelse/ Udviklerens hjemmeside om SCAS: http://www.scaswebsite.com/1_1_.html</p> <p><i>MFQ</i></p> <p>Redskabet anvendes til at afdække de unges depressive symptomer. Spørgeskemaet benyttes i den korte version, som består af 13 spørgsmål. Den samlede score kan rangere mellem 0 og 26, hvor en højere score er udtryk for en større grad af depressive symptomer.</p> <p>De unge, som efter rådgivningssamtalerne går videre i indsatsforløbet og deltager i et indsatsspor, modtager MFQ-spørgsmålene som led i før- og eftermålingen. Rambøll har i samarbejde med Socialstyrelsen valgt at bruge MFQ til hele målgruppen (13-25 år) for at opnå et samlet resultatmål. MFQ er oprindeligt udviklet til aldersgruppen 6-19 år. Efter samråd med forsker Mikael Thastum, CEBU, er det imidlertid besluttet at benytte redskabet til hele tilbuddets målgruppe. Som følge heraf er der blevet ændret i ordlyden ved en række items. Dette vurderes dog ikke at have en betydning for at benytte skemaet, da de diagnostiske kriterier for depression er de samme for både børn og voksne.</p> <p>Resultaterne af MFQ beregnes ved en samlet score. Jo flere gange den unge har erklæret sig enig i udsagnene, jo højere score, som indikerer graden af depressive symptomer. De engelske udvikler af måleredskabet anviser ikke en cut-off (hvilken score der indikerer depressive symptomer), men anbefaler, at brugen af cut-off kvalitetssikres i forhold til den konkrete kontekst, hvori redskabet anvendes. Brugen af cut-off i MFQ drøftes som en del af det videre arbejde med Mikael Thastum, inden der træffes beslutning om, hvorvidt det er muligt at benytte cut-off i analyserne ved slutevalueringen.</p> <p>Kilder: https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/mood-and-feelings-questionnaire-mfq/</p> <p>Den danske version er ikke gjort tilgængelig online, men er indhentet hos CEBU i forbindelse med udarbejdelsen af evalueringsdesignet.</p>

Datakilde	Beskrivelse af datakilde
Før- og eftermålinger i forbindelse med indsatsspor (fortsat)	<p>SDQ, SCAS og MFQ er tilsammen blevet anvendt til at opnå en indikation af, hvorvidt indsatsen har betydning for de unges psykiske trivsel og livsmestring samt angst- og depressionssymptomer. Målingerne indgår som en del af datagrundlaget i kapitel 5, hvor der ses på de unges foreløbige udvikling som følge af deres deltagelse i tilbuddene. SDQ, SCAS og MFQ findes alle i en forældreversion, hvor forældre til unge under 18 år kan bedes om at vurdere den unge ud fra samme spørgsmål, som den unge selv besvarer. Ved tidspunktet for midtvejsmålingen er der udfyldt så relativt få forældrebesvarelser, at resultaterne heraf ikke kan tolkes. Det vurderes ved slutevalueringen, om forældrebesvarelserne kan indgå i datamaterialet til denne.</p>
Lokale projektbesøg	<p><i>Udførelse af casebesøg med kvalitative interview</i></p> <p>Rambøll har gennemført casebesøg i alle ni projektkommuner. Formålet med casebesøgene har været at få indblik i tilbuddenes erfaringer med at implementere indsatsen. Derudover har casebesøgene haft fokus på indsatsens organisatoriske udbytte. Der har været rettet et særligt fokus mod at få belyst kommunernes implementerings-erfaringer i forhold til følgende tre kerneelementer: Rekruttering og henvisning, Rådgivningssamtaler samt Koordination og kobling til øvrige tilbud. Endelig har casebesøgene bidraget til at belyse de unges og forældrenes oplevelse af indsatsens relevans og sammensætning.</p> <p>Som led i casebesøgene er ledere, tilbuddets medarbejdere og projektledere, centrale samarbejdspartnere samt unge og forældre blevet interviewet i individuelle interview eller gruppeinterview. Enkelte individuelle interview er blevet gennemført som telefoninterview. Alle interview er afholdt med udgangspunkt i semistrukturerede og målgruppespecifikke interviewguides, som har dannet afsæt for at indsamle erfaringer om følgende temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerneelementerne omsat til praksis • Rammerne for indsatserne • Oplevet udbytte (borgernært såvel som organisatorisk) • Tilbuddets relevans. <p><i>Analyse af kvalitative data</i></p> <p>I forbindelse med interviewene er der blevet taget referat, som udgør evalueringsrapportens kvalitative datagrundlag. Analysen af de indsamlede kvalitative data er baseret på en casestudiemetodik. Det betyder, at interviewdata fra de forskellige informanter i det enkelte tilbud er analyseret som en samlet case, der skal ses og forstås i den konkrete kontekst, hvor den er gennemført.</p> <p>Analysen af det kvalitative datamateriale har taget afsæt i evalueringens undersøgelsesspørgsmål, hvor der er udledt centrale tendenser og analytiske fund på tværs af det samlede antal casebesøg.</p> <p>Kvalitative data fra interview er bærende i kapitel 4, som fremhæver tilbuddenes erfaringer med implementering og operationalisering af kerneelementerne.</p>
Omkostningsvurdering af indsatsen	<p>Som led i evalueringen har Rambøll vurderet etableringsomkostningerne af projektkommunernes tilbud. Vurderingen har til formål at give viden om, hvor meget det koster at implementere tilbuddet.</p> <p>Vurderingen af etableringsomkostninger er udført på baggrund af en indledende gennemgang af kommunernes ansøgninger og budgetter. Formålet med gennemgangen var at opnå indsigt i det planlagte indhold i den lokale indsats samt kommunernes organisering og tilgang. Efterfølgende har projektlederne fra de ni projektkommuner deltaget i en dataworkshop med henblik på at validere viden fra ansøgningerne og få yderligere viden om de reelle etableringsomkostninger gennem semistrukturerede kvalitative interviewspørgsmål.</p> <p>Omkostningsvurderingen er udarbejdet efter Socialstyrelsens beregningsprincipper og i overensstemmelse med Socialstyrelsens retningslinjer for økonomisk analyse (https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/okonomiske-analyser-af-sociale-indsatser). Omkostningsvurderingen er beskrevet i rapportens kapitel 6.</p>