

Til
Socialstyrelsen

Dokumenttype
Slutrapport

Dato
December 2019



Bedre hjælp til unge og voksne med ADHD og tilsvarende vanskeligheder
Afsluttende evalueringsrapport

Indhold

1.	Opsamling og anbefalinger	3
2.	Indledning	7
2.1	Om R&R2-ADHD og Young-Bramham-Programmet	7
2.2	Om evalueringen	8
2.3	Særligt om YBP	11
2.4	Læsevejledning	12
3.	Viden om programmerne R&R2-ADHD og YBP	13
3.1	Om R&R2-ADHD og Young-Bramham-Programmet	13
3.2	R&R2-ADHD – et manualbaseret gruppeforløb	13
3.3	Young-Bramham-Programmet (YBP) – et individuelt program	14
4.	Målgruppen, som har deltaget i programmerne	16
4.1	Systematisk henvisning af deltagerne	17
4.2	Hvem er de unge og voksne, som har gennemført R&R2-ADHD-programmet?	18
4.3	Hvad karakteriserer borgerne, som tilbydes et YBP-forløb?	23
4.4	Karakteristika af deltagerne, som frafalder R&R2-ADHD-forløbet	24
5.	Kommunernes arbejde med programmerne	26
5.1	Implementeringskontekst	27
5.2	Fidelitet og metodeloyalitet i R&R2-ADHD og PAL-støtten	29
5.3	Implementeringen af YBP-programmet	34
5.4	Drivkræfter og barrierer i implementeringen	37
5.5	Gode greb til implementering af R&R2-ADHD og YBP	39
6.	Effekter og konsekvenser for deltagerne	41
6.1	Indsatsnære effekter af at gennemføre R&R2-ADHD	42
6.2	Konsekvenser på længere sigt af gennemførelse af R&R2-ADHD	48
6.3	Alle deltagere, der gennemfører R&R2-ADHD, har gavn af programmet	51
7.	Økonomisk analyse	54
7.1	Omkostningsvurdering af R&R2-ADHD	54
7.2	Følsomhedsanalyse	57
7.3	De budgetøkonomiske konsekvenser – SØM-beregning	58

1. OPSAMLING OG ANBEFALINGER

Gennem de seneste årtier er antallet af personer med ADHD steget, samtidig med at flere lever med funktionelle vanskeligheder i form af opmærksomhedsproblemer, problemer med impuls kontrol og sparsomme færdigheder i forhold til konstruktiv planlægning, social kompetence og adfærd. Derfor er der en stigende efterspørgsel efter virksomme indsatser og metoder målrettet denne gruppe, samtidig med at der findes begrænsede dokumenterede virksomme indsatser inden for dette felt. Det er baggrunden for, at Socialstyrelsen i 2015 udmeldte en pulje til i en dansk kontekst at afprøve og evaluere programmer, der har internationalt dokumenteret effekt for unge og voksne med ADHD og tilsvarende vanskeligheder.

Programmerne, der har været afprøvet, er internationalt udviklede programmer, der bygger på kognitiv adfærdstræning. Programmerne er dels et manualbaseret gruppeforløb (Reasoning and Rehabilitation, version 2 målrettet ADHD, R&R2-ADHD) og dels et individuelt forløb (Young-Bramham-Programmet, YBP). Begge programmer sigter mod at give deltagerne mestringskompetencer til at tackle de udfordringer, som personer med ADHD og tilsvarende vanskeligheder typisk oplever i deres dagligdag.

I perioden 2016-2019 har programmerne været afprøvet i kommunerne Odense, Lolland og Allerrød. Evalueringen er foretaget af Rambøll Management Consulting med et overordnet fokus på, hvordan programmerne fungerer i en dansk kommunal kontekst, og hvordan de kan udbredes. Med denne evaluering tilvejebringes viden om målgruppen, implementeringen, effekterne og økonomien ved implementeringen.

Effektevalueringen viser overordnet set, at programmet R&R2-ADHD har væsentlige, dokumenterede kortsigtede effekter for deltagerne, idet de oplever reduktioner i både ADHD-symptomer og øvrige vanskeligheder både lige efter endt forløb og tre måneder senere. Effektevalueringens resultater indikerer ligeledes, at deltagelse i R&R2-ADHD-programmet øger deltagerens beskæftigelse og uddannelse samt reducerer deres brug af kontanthjælpslignende ydelser.

Disse resultater skal ses i en sammenhæng, hvor deltagergruppen ved opstart i programmet i høj grad har angivet at have alvorlige ADHD-symptomer (ikke nødvendigvis diagnose) og andre vanskeligheder med social funktionsevne, følelsesmæssig kontrol samt tegn på depression og angst.

Programmet har således også i en dansk kommunal kontekst dokumenterede effekter for en målgruppe med store vanskeligheder. Der findes i evalueringen en vurdering af omkostningsniveauet pr. deltager. Denne vurdering suppleres med en beregning af de potentielle langsigtede budgetøkonomiske konsekvenser. Resultaterne heraf viser positive nettoresultater på tværs af stat, region og kommune.

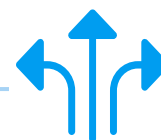
Der kan på baggrund af evalueringen af kommunernes implementering og afprøvning genereres en række anbefalinger til udbredelsen af programmerne. De væsentligste anbefalinger er fremhævet i nedenstående.

EFFEKT OG KONSEKVENSER FOR BORGERNE

I projektet er der blevet afprøvet to sociale indsatser målrettet unge og voksne med ADHD og tilsvarende vanskeligheder: en manualiseret gruppeindsats (R&R2-ADHD) og en mere fleksibel, individrettet indsats (Young-Bramham-Programmet, YBP). De vigtigste resultater af afprøvningen er:

- Gennemførelse af R&R2-ADHD har positive effekter på de indsatsnære mål som ADHD-symptomer og øvrige vanskeligheder. Effekterne er markante og statistisk signifikante. Effekteresultaterne underbygges af kvalitative data i form af forskellige typer deltageres beskrivelser af deres udbytte fra forløbet samt underviseres tværgående billede af den udvikling, de ser hos deltagerne.
- Effekterne på de helt indsatsnære mål er stærkest lige efter programmets afslutning, hvorefter den aftager lidt efter 3 måneder. Der er dog stadig tale om statistisk signifikante effekter – også efter 3 måneder.
- Deltagerne oplever, at deres livskvalitet og følelse af manglende kontrol over eget liv udvikler sig positivt og med tiltagende effekt efter 3 måneder.
- Konsekvenserne af at deltage i R&R2-ADHD er gode på beskæftigelsesområdet, hvor flere kommer i arbejde eller uddannelse, og færre modtager kontanthjælpslignende ydelser. De positive konsekvenser underbygges af kvalitative data i form af forskellige typer deltageres beskrivelser af, hvordan deltagelsen i programmet har haft positive konsekvenser for deres muligheder for uddannelse og beskæftigelse.
- Alle delmålgrupper i projektet profiterer af forløbet. De indsatsnære effekter af gennemførelsen af R&R2-ADHD er til stede for både mænd og kvinder. Både unge og voksne har effekt af at gennemføre R&R2-ADHD. Det samme gælder deltagere med og uden en ADHD-diagnose og deltagere, der hhv. modtager og ikke modtager ADHD-medicin.
- Young-Bramham-Programmet (YBP) blev implementeret som et alternativ eller en overbygning til R&R2-ADHD. Afprøvningen af YBP viser gode kvalitative resultater, og at programmet kan fungere som et godt supplement til R&R2-ADHD.

CENTRALE ANBEFALINGER



Programmet R&R2-ADHD repræsenterer et tilbud, der ikke findes tilsvarende til unge og voksne med ADHD og tilsvarende funktionelle vanskeligheder. Programmet vurderes af interviewede chefer og ledere i kommunerne at være højst **relevant til implementering i en kommunal kontekst** som afprøvet her, men de peger også på, at programmet kan have en bredere relevans og rumme potentiale for succesfuld implementering i andre sektorer, fx uddannelsessektoren, psykiatrien og kriminalforsorgen.

Erfaringen er, at R&R2-ADHD-programmets faste struktur, redskaber og indhold giver god mening for målgruppen, som responderer positivt på rammerne for programmet. Samtidig ses der solide kortsigtede effekter af forløbet for deltagergruppen, som får redskaber til en øget mestring af de kernevanskeligheder, der ses, før de indtræder i programmet. Selvom den manualbaserede tilgang er uvant for undervisere, er der gode erfaringer med at **implementere R&R2-ADHD med stor metodeloyalitet til programmet**. Da metodeloyaliteten er afgørende for effekten af programmet, er det vigtigt, at der i udbredelsen arbejdes konsistent med metoden/manualen med en opmærksomhed på, at balancerne mellem metodeloyalitet og -fleksibilitet indfinder sig undervejs.

Alle delmålgrupper i projektet profiterer af forløbet, og det anbefales på den baggrund at **fastholde, at kurset inkluderer den brede målgruppe** af borgere, som enten har ADHD, eller som oplever funktionelle vanskeligheder i stil med dem, der kendes fra borgere med ADHD. Dette kan med fordel gøres endnu tydeligere med navngivningen eller markedsføringen af programmet. RATE-S, som er et skema, der er udviklet til programmet, er vurderet som et godt screenings- og måleredskab til både at screene potentielle deltagere og til at dokumentere deltageres udbytte og progression af forløbet.

Der ses et relativt stort frafald fra forløbet R&R2-ADHD (gennemsnitligt 30 pct.), og de deltagere, der frafalder, er typisk yngre, end de, der gennemfører. Kommunerne er i projektperioden **lykkedes med at nedbringe det høje frafald** og tilskriver dette et skærpet fokus i henvisningen på, at deltageren er forberedt på, hvad forløbet indebærer og et fokus på relationsdannelse på holdene. En nedbringelse af frafaldet kan **nedbringe omkostningsniveauet** pr. deltager og sikre, at **flere i målgruppen hjælpes**.

Stort set alle deltagere har haft PAL-støtte i forløbet. PAL (Participants Aid for Learning) er en person, som hjælper deltageren med at anvende det lærte i dagligdagen. Alle projekterfaringer peger i retning af, at PAL er en vigtig forudsætning for deltagerens udbytte og progression, da PAL har stor betydning for, at deltagerne får taget redskaberne i brug og får støtte til reelle forandringer i tanke og adfærdsmønstre. I en fremtidig udbredelse af programmet er det derfor vigtigt at **afsætte ressourcer til en professionel PAL-funktion**, som er den form for PAL-funktion, kommunerne har den bedste erfaring med. Som alternativ kan nogle deltagere tildeles en PAL fra eget netværk, men det må forventes, at få har personer i netværket, der kan magte denne opgave.

I projektet er både det gruppebaserede program, R&R2-ADHD, og det individuelt baserede program, Young-Bramham-Programmet (YBP), blevet afprøvet. Begge programmer adresserer deltagerens kognitive adfærdsfunktioner. Evalueringen viser, at gennemførelse af R&R2-ADHD har markante og statistisk signifikante effekter på deltagerne. Disse effekter kan have en positiv afsmittning på deltagerens udbytte af andre indsatser. For YBP ses også gode kvalitative resultater. For at opnå de mere langsigtede, afledte effekter på områder som fx uddannelse, beskæftigelse, social trivsel, kriminalitet mv. kan der i forankringen af programmerne med fordel arbejdes med at styrke relevante **organisatoriske koblinger og brobygning til andre indsatser** parallelt eller i direkte forlængelse af et forløb.

GODE GREB TIL IMPLEMENTERING

Organisering og samarbejde

- **Sikre organisatorisk placering af programindsatserne**, der er hensigtsmæssig og naturlig for de aktører internt og eksternt, der skal fungere som de primære henvisningskanaler til programmerne. Det kan være i en relevant kommunal afdeling med lignende tilbud, i et uddannelsesstilbud for voksne med særlige behov eller i samarbejde med en privat leverandør.
- **Tilrettelægge intern og ekstern information** om programmerne og deres henvisningsprocedurer til interne og eksterne samarbejdspartnere, med henblik på at de kan henvise relevante borgere. Evalueringen peger på, at centrale samarbejdspartnere er: kommunale sagsbehandlere på tværs af forvaltninger, undervisere/vejledere på uddannelsesinstitutioner og psykiatere/læger.
- **Sikre ressourcer til professionelle PAL** og arbejdsgange for at matche og tildele PAL. Evalueringen peger på, at PAL-funktionen er en vigtig forudsætning for de resultater, som deltagerne opnår, og at der er mest positive erfaringer med en professionel PAL (fx en mentor, en bostøttemedarbejder, andre R&R2-ADHD-trænere). R&R2-ADHD-trænere kan med fordel stå for at klæde PAL på til opgaven.
- **Brobygning til andre indsatser**, der kan sikre, at deltagernes styrkede mestring af deres funktionelle vanskeligheder får positiv afsmitning på andre områder af deres liv. Fx med tættere kobling til indsatser parallelt eller i direkte forlængelse af kursusforløbet indenfor områder som fx uddannelse, beskæftigelse, social trivsel, kriminalitet mv.
- **Sikre rammer og ressourcer til booster-forløb**. Evalueringen viser dokumenterede indsatsnære effekter for deltagere på kort sigt, men for at forlænge effekterne kan det være vigtigt med en prioritering af programmets booster-sessioner. En kommune har afprøvet og haft gode erfaringer med booster-forløb.

Kompetencer hos medarbejdere i programmerne

- **Udpeg medarbejdere med den rette profil**. Evalueringen peger på, at det er vigtigt at udvælge gruppetrænere, der har interesse for at arbejde med manualbaserede programmer og har erfaring med undervisning af personer med kognitive vanskeligheder samt indsigt i kognitiv teori/træning. YBP-terapeuter skal være uddannede psykologer.
- **Kompetenceudvikling af medarbejdere (certificering)**. Medarbejdere, der skal forestå R&R2-ADHD, skal certificeres uanset deres øvrige formelle kompetencer og erfaringsbaggrund. I forbindelse med projektet er der uddannet tre R&R2-ADHD-instruktører, der kan undervise og certificere nye R&R2-ADHD-trænere. YBP kræver ikke certificering, men det anbefales, at nye YBP-terapeuter følger en workshop, hvor redskaber og øvelser fra programmet tilegnes og trænes. Programmernes dokumenterede resultater er opnået ved en indsats, hvor R&R2-ADHD-trænere er certificeres på baggrund af et tredages undervisningsforløb, og YBP-terapeuter har været på en todages workshop.
- **Tilrettelægge af supervisions- og sparringsaktiviteter**. Evalueringen peger på, at disse aktiviteter er vigtige for gruppetrænerne ift. at blive trygge ved at forestå programindsatsen og til en løbende faglig refleksion og læring på et mere overordnet plan.

Ledelses- og systemstøtte

- **Ledelsesdrevet vidensspredning** til at sikre et bredt kendskab til programmet hos relevante samarbejdspartnere og henvisningskanaler via information i relevante leder- og samarbejdsfora.
- **Sikre rammerne for, at indsatsen gennemføres metodestringent** og med opmærksomhed på, at balancen mellem metodeloyalitet og metodefrihed indfinder sig undervejs. Det kan være hensigtsmæssigt at etablere fx datamæssig systemunderstøttelse til at følge metodeloyaliteten med inspiration fra evalueringens fidelitetsmarkører.
- **Etablér udvælgelsesprocedurer samt redskaber**. RATE-S har i evalueringen vist sig som et godt systematisk redskab til udvælgelse af deltagere samt til progressionsmålinger. Der er gode erfaringer med, at det er R&R2-ADHD-trænere, der forestår udvælgelse via en RATE-S-måling samt en personlig samtale med den henviste borger.

2. INDLEDNING

Gennem de seneste årtier er antallet af personer med ADHD steget, samtidig med at flere lever med ADHD-lignende vanskeligheder. De funktionsnedsættelser og vanskeligheder, som er forbundet med ADHD-diagnosen, er typisk: opmærksomhedsforstyrrelser, manglende impuls kontrol/aggressionsforvaltning, udfordringer med empati eller at se flere perspektiver m.m. Udfordringerne betyder, at personer diagnosticeret med ADHD, eller som har ADHD-lignende vanskeligheder, ofte har en hverdag med mange udfordringer og ofte har svagere tilknytning til uddannelse og beskæftigelse end den brede befolkning. Derfor er der en øget efterspørgsel efter virksomme indsatser målrettet disse funktionelle vanskeligheder hos målgruppen. I dansk sammenhæng er der imidlertid både i forskningsregi og i praksis begrænset viden om og adgang til virksomme sociale metoder og indsatser til målgruppen. Dette var baggrunden for, at der på satspuljen 2015 blev afsat midler til at afprøve og evaluere metoder, der internationalt har dokumenteret positiv effekt for unge og voksne med ADHD, i en dansk kommunal kontekst.

Formålet med puljen har været at afprøve dokumenterede og manualbaserede programmer i et mindre antal kommuner for derigennem at undersøge, om programmerne er overførbare til og kan implementeres i en dansk kontekst med tilsvarende positive effekter, som er observeret i udenlandske studier. Puljen har haft til formål at danne grundlag for en beslutning om evt. videre udbredelse af programmerne, med henblik på at flere mennesker med ADHD og tilsvarende vanskeligheder får en relevant og målrettet indsats, som kan skabe afsæt for et meningsfuldt liv.

Kommuner kunne ansøge om deltagelse i projektet i 2016. Allerød, Køge, Lolland og Odense Kommuner har deltaget i projektet. Odense Kommune har afprøvet programmerne siden august 2016, mens de tre øvrige kommuner har været sammenligningskommuner i det første år af afprøvningen og derfor først er begyndt afprøvningen af programmerne i efteråret 2017. Køge Kommune forlod projektet, inden de påbegyndte afprøvningen af programmerne. Køge Kommune har dog bidraget med før- og eftermålinger på borgerniveau, mens de fungerede som sammenligningskommune¹.

Projektet var oprindeligt planlagt til at være afsluttet med udgangen af 2018, men da en kommune trak sig fra projektet undervejs, blev projektperioden forlænget med et år for på den måde at muliggøre gennemførelsen af flere hold og derved sikre et mere solidt datagrundlag for evalueringen.

Rambøll Management Consulting (Rambøll) har evalueret projektet på vegne af Socialstyrelsen. Nærværende rapport indeholder den afsluttende evaluering af projektet.

2.1 Om R&R2-ADHD og Young-Bramham-Programmet

Projektet afprøver og evaluerer to programmer målrettet unge og voksne med ADHD og tilsvarende vanskeligheder.

2.1.1 R&R2-ADHD

Det ene program R&R2-ADHD (hvilket står for *Reasoning and Rehabilitation, version 2 målrettet ADHD*)² er et manualbaseret program, der retter sig mod unge og voksne med ADHD og tilsvarende vanskeligheder³. Programmet bygger på kognitiv adfærdstræning og består af et gruppebaseret

¹ Ved projektets opstart var forventningen, at 324-360 personer ville indgå i indsatsgruppen, og at svarprocenten kunne holdes på 75 pct., svarende til en forventet indsatsgruppe på 243-270 personer. Tilsvarende var forventningen for sammenligningsgruppen, at 108-135 personer ville indgå i denne, hvilket med samme realiserede svarprocent ville resultere i en forventet sammenligningsgruppe på 81-101 personer. Den faktiske sammenligningsgruppe bestod af 122 borgere, hvoraf 90 borgere indgik med en eftermåling og 74 borgere indgik med en 3-måneders opfølgende måling. Denne gruppe var dermed meget tæt på forventningen. Den faktiske indsatsgruppe var derimod noget mindre end forventet og bestod af 276 borgere, hvoraf 175 borgere indgik med en eftermåling, og 137 borgere indgik med en 3-måneders opfølgende måling. Uoverensstemmelsen mellem det forventede og faktiske antal borgere i indsatsgruppen afspejler dels, at én ud af de fire kommuner ikke overgik fra sammenlignings- til indsatskommune som ellers forventet, dels at den realiserede svarprocent i indsatsgruppen var lidt lavere end forventet.

² S.J. Young and R.R. Ross (2007): *R&R2 for ADHD Youths and Adults – Program Handbook* (2007)

³ R&R2-ADHD er udviklet af Cognitive Center of Canada i samarbejde med Professor Susan Young.

forløb, der sigter mod at give deltagerne mestringskompetencer til at tackle hverdagens udfordringer. Forløbet består af 15 sessioner med typisk én session pr. uge. Derudover er der ugentlige møder med en PAL (Participants Aid for Learning), der har til opgave at hjælpe deltageren med at forankre det lærte i deltagerens egen dagligdag. Efter afsluttet forløb er der tre booster-sessioner, som kan afholdes 3-6 måneder efter afslutningen af R&R2-ADHD-forløbet. Booster-sessionen er en brush-up på udvalgte temaer og øvelser fra hovedforløbet.

2.1.2 Young-Bramham-Programmet

Det andet program – *Young-Bramham-Programmet* (YBP)⁴ – er et individuelt tilrettelagt program bestående af 12 moduler, der tager afsæt i principper og redskaber fra kognitiv adfærdstræning. Modulerne kan udvælges og sammensættes efter den enkelte borgers behov.

Begge programmer tager afsæt i de kernevanskeligheder, der typisk gør sig gældende for voksne med ADHD og tilsvarende vanskeligheder. Fokus for begge programmer er at give deltagerne indsigt i egne udfordringer og styrke deres evne til at mestre dem.

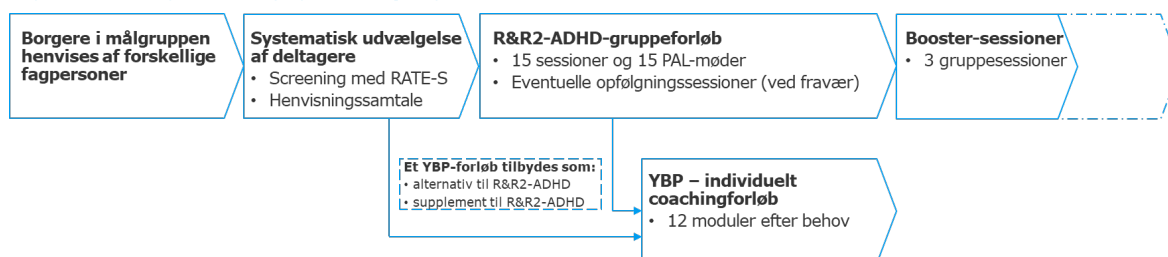
2.1.3 Borgernes vej igennem programmerne

Borgere i målgruppen kan blive henvist af forskellige fagpersoner som fx myndighedssagsbehandlere, praktiserende læger samt speciallæger i psykiatrien. Når borgere er henvist til R&R2-ADHD-programmet, foretager projektlederen eller anden ansvarlig medarbejder en systematisk udvælgelse i to trin:

- Som første trin gennemfører projektlederen eller R&R2-ADHD-træneren en screening med måleredskabet RATE-S. Dette giver en indikation af, i hvilket omfang borgeren har de adfærdsmæssige og funktionelle vanskeligheder, som programmerne adresserer.
- Som andet trin gennemfører projektlederen eller R&R2-ADHD-træneren en henvisningssamtale. Her foretager projektlederen eller R&R2-ADHD-træneren en individuel, faglig vurdering af, hvorvidt borgeren kan have gavn af programmerne.

Herefter vurderer en projektleder eller anden ansvarlig medarbejder, om borgeren skal tildeles et R&R2-ADHD-forløb. Hvis en projektleder eller anden ansvarlig medarbejder vurderer, at det er relevant, kan en borger få tilbudt et YBP-forløb, enten som alternativ eller supplement til R&R2-ADHD. Nedenstående figur illustrerer borgerens vej igennem programmerne.

Figur 2.1: Borgerens vej igennem programmerne



Inden for hver af de 15 gruppesessioner i R&R2-ADHD arbejder gruppen og trænerne med specifikke temaer. I et YBP-forløb fastlægger træneren sammen med den enkelte borger, hvor mange af de 12 moduler forløbet skal bestå af. En mere detaljeret beskrivelse af programmerne og indholdet af de enkelte sessioner udfoldes i kapitel 3.

2.2 Om evalueringen

Det overordnede formål med evalueringen er at belyse, hvordan de to evidensbaserede programmer R&R2-ADHD og YBP fungerer i en dansk kontekst som afsæt for en beslutning om evt. videre

⁴ YBP er udviklet af Susan Young og Jessica Bramham.

udbredelse af programmet. For at vurdere dette er der behov for viden om målgruppen, implementeringen, effekterne og økonomien. Denne afsluttende evalueringsrapport indeholder evalueringens samlede resultater.

Evalueringen fokuserer på fire overordnede evalueringsspørgsmål:

1. Hvad kendetegner de unge og voksne, som har deltaget i og gennemført programmet for de to evidensbaserede programmer?
2. Hvad er erfaringerne med at implementere programmerne i en kommunal kontekst, herunder – hvordan har kommunerne arbejdet med fidelitet og metodeloyalitet i implementeringen af programmerne, og hvad er de centrale drivkræfter og barrierer, kommunerne har oplevet i implementeringen af de to programmer?
3. Hvorvidt og i hvilken grad har deltagelse i og gennemførelse af de evidensbaserede programmer haft effekt for deltagerne i forhold til deres ADHD-symptomer, relaterede psykiske vanskeligheder og mestringsudfordringer, og leder disse effekter til længerevarende konsekvenser for deltagerne og samfundet?
4. Hvilke omkostninger er forbundet med etablering og drift af programmerne, og hvilke budget-økonomiske konsekvenser har programmerne for kommunerne, regionerne og staten?

Evalueringsrapporten formidler de centrale resultater og erfaringer på tværs af de deltagende kommuner. I rapporten inddrages anonymiserede eksempler og cases fra kommunerne, der underbygger eller nuancerer særlige opmærksomhedspunkter.

Resultaterne på tværs af rapportens kapitler hænger tæt sammen og styrker gensidigt hinanden. Derfor bør evalueringens resultater læses i sammenhæng.

2.2.1 Metoder og datakilder

Evalueringsens datagrundlag er tilvejebragt ved brug af forskellige både kvantitative og kvalitative metoder og bygger på en lang række datakilder.

Effektresultaterne og målgruppebeskrivelsen er dels baseret på før-, efter- og opfølgingsmålinger blandt alle deltagende borgere, dels på registerdata vedrørende demografiske og socioøkonomiske karakteristika.

For at kunne identificere klare årsagssammenhænge mellem deltagelse i de manualbaserede programmer og deltageres udvikling var der behov for at identificere en troværdig sammenligningsgruppe, som deltagerne kunne sammenlignes med. Evalueringen blev til dette formål tilrettelagt som et ventelistedesign. Det betød, at projektet blev inddelt i to faser:

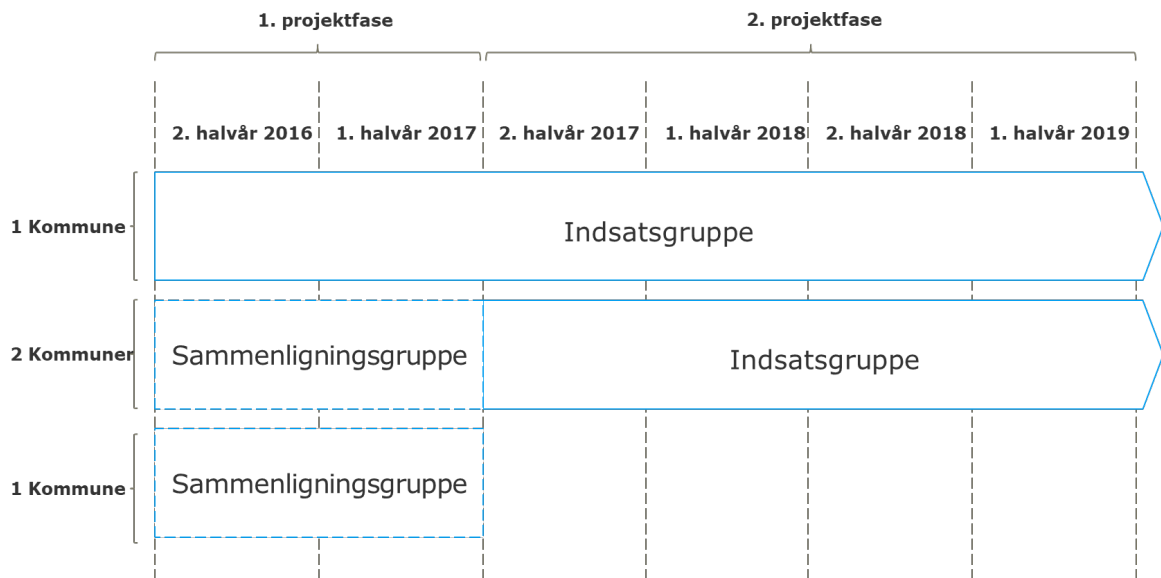
I den første fase, som startede i andet halvår af 2016, gennemførte kun Odense Kommune R&R2-ADHD og YBP, mens de andre tre kommuner ikke ændrede deres tilbud til målgruppen. De stod således på 'venteliste'. Ventelistedekommunerne gennemførte ligesom Odense Kommune før-, efter- og opfølgingsmålinger på borgere i deres kommuner, som kunne være i målgruppen for R&R2-ADHD og YBP.

I anden fase, der startede i andet halvår af 2017, gennemførte både Odense, Allerød og Lolland Kommune R&R2-ADHD og YBP. Odense Kommune agerede på denne måde indsatskommune i første projektfase, mens Allerød, Køge og Lolland Kommune agerede sammenligningskommuner i første projektfase (jf. Figur 2.2). Herved blev der etableret en sammenligningsgruppe.

Den samlede projektperiode blev opdelt i seks projektrul, hvor der i forbindelse med hvert rul blev oprettet nye hold med nye borgere. I både indsats- og sammenligningsgruppen blev der gennemført en før-, efter- og opfølgende måling blandt de deltagende borgere. Den opfølgende måling blev

gennemført tre måneder efter projektrullets afslutning. Evalueringsdesignet er illustreret i figuren herunder.

Figur 2.2: Ventelisteinspireret evalueringsdesign med seks projektrul



Som det fremgår af designfiguren herover, kan der være to udfordringer forbundet med ventelistedesignet. For det første kan det være en udfordring, at borgerne, der fungerer som sammenligningsgruppe for deltagerne i Odense Kommune, kommer fra kommuner, der ikke nødvendigvis er sammenlignelige med Odense. For det andet kan den tidsmæssige forskydning mellem sammenligningsgruppen og de senere indsatshold være en udfordring. Begge udfordringer kan potentielt betyde, at borgerne i indsats- og sammenligningsgruppen systematisk adskiller sig fra hinanden på en række baggrundsfaktorer, hvilket kan resultere i, at effekten af programmerne enten over- eller undervurderes.

I analyserne håndteres udfordringerne bl.a. ved at anvende en difference-in-difference-model, hvor der kontrolleres for, at indsats- og sammenligningsgruppen kan være forskellige. Med modellen måles forskellen i de to gruppers udvikling mellem før- og eftermålingen. Herved tages der højde for, at der kan være tidsmæssige forskelle, der skyldes andre faktorer end indsatsen. En uddybende beskrivelse af evalueringsdesignet kan læses i metodebilaget.

For at undersøge de mere langsigtede effekter af gennemførelse af R&R2-ADHD er der anvendt et bredt udvalg af registerbaserede datakilder med fokus på ændringer i ydelsesrelaterede effektmål som fx tilknytning til arbejdsmarkedet, modtagelse af kontanthjælpslignende ydelser og ydelser efter serviceloven⁵. Til disse analyser blev der etableret en kontrolgruppe ved hjælp af den kvasi-eksperimentelle tilgang *matching*. Her udnyttedes en bred vifte af observerbare karakteristika til at danne en kontrolgruppe af unge og voksne med ADHD, som ikke har deltaget i projektet. I rapportens tilhørende metodebilag findes en nærmere beskrivelse af de registre, der er anvendt til hhv. etablering af *matching* og til etablering af effektmål.

Analyserne af implementeringen af programmerne og metodeloyaliteten i arbejdet med programmerne er baseret på løbende fidelitetsmålinger, der er indsamlet som selvevalueringer blandt underviserne på alle R&R2-ADHD-hold. Herudover indgår kvalitative interviews til at belyse og nuancere erfaringerne med implementeringen af programmerne, herunder drivkræfter og barrierer, samt det deltageroplevede udbytte af programmerne.

⁵ Kontanthjælpslignende ydelser dækker over kontanthjælp, uddannelseshjælp, kontanthjælp i henhold til integrationsloven og integrationsydelse. I ydelser efter serviceloven inkluderes kun de ydelser, som er obligatoriske for kommunerne at indberette. De ydelser, som deltagerne hyppigst modtager, er 'Øvrig socialpædagogisk støtte' og 'Midlertidig ophold/botilbud'.

I forbindelse med slutevalueringen er der gennemført i alt 22 interviews på tværs af de tre kommuner⁶. Interviewene er gennemført som semistrukturerede interviews med faste temaer, men med fleksibilitet i gennemførelsen til at indhente viden om interviewpersonernes specifikke erfaringer eller refleksioner.

I forbindelse med den økonomiske evaluering er der indsamlet etableringsomkostninger ved projektets start og kvartalsvise opgørelser over driftsomkostninger i de enkelte kommuner. Gennemførelsen af omkostningsvurderingen følger Socialstyrelsens anbefalinger. Til de budgetøkonomiske konsekvenser anvendes den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) som beregningsramme, ligesom der trækkes på viden om langsigtede konsekvenser for målgruppen *voksne med ADHD* fra SØM's vidensdatabase.

Det er muligt at læse mere om evalueringens datagrundlag, analysestrategier, metoder og supplerende resultater i metodebilaget.

2.2.2 De validerede måleredskaber

I R&R2-ADHD indgår måleredskabet (RATE). Til evalueringens formål var det dog nødvendigt at supplere med andre måleredskaber. Disse blev nøje udvalgt i tæt samarbejde med Socialstyrelsen og programudvikleren af de to manualbaserede programmer. Målingerne med de validerede redskaber anvendes både i målgruppebeskrivelsen, frafaldsanalysen og i effekttestimationerne. En beskrivelse af de specifikke måleredskaber kan findes i metodebilaget.

2.3 Særligt om YBP

I løbet af projektperioden har relativt få borgere deltaget i et YBP-forløb. Det skyldes, at projektet primært har haft fokus på at finde deltagere til R&R2-ADHD, og YBP har været implementeret som et alternativ eller en overbygning til R&R2-ADHD-programmet. Datagrundlaget for analyserne af YBP er derfor meget sparsomt. Dette gør sig gældende for både de kvantitative og kvalitative datakilder. Der vil derfor kun indgå resultater, der specifikt omhandler YBP, de steder, hvor der er tilstrækkeligt understøttende data. Det betyder fx, at det ikke er muligt at undersøge selvstændige effekter for gruppen, der har modtaget et YBP-forløb. I rapporten undersøges det, om borgerne, der modtager et YBP-forløb, adskiller sig systematisk fra borgerne, der kun er en del af R&R2-ADHD-programmet. Der inddrages ligeledes viden om erfaringer med implementeringen og gennemførelsen af YBP-forløbene.

⁶ Fordelingen i hver kommune har været: 1-2 individuelle interviews med projektere (typisk chef på forvaltningsniveau i kommunen eller afdelingsleder for den afdeling, hvor programmet er forankret); 1 individuelt interview med projektleder for programmet (projektleder har i alle kommuner også været en del af R&R2-ADHD-trænerteamet på R&R2); 1 fokusgruppeinterview med R&R2-ADHD-trænere; 1 individuelt interview med YBP-terapeut (kun i to kommuner); 2 fællesinterviews med deltagere samt deres PAL (herunder både professionelle PAL og PAL fra personligt netværk); 1-2 individuelle interviews med 'henvisere', som er fagprofessionelle, der har henvist borgere til forløbet.

2.4 Læsevejledning

Foruden opsamling og anbefalinger og indeværende indledning indeholder rapporten fem kapitler, som er struktureret efter Socialstyrelsens vidensdeklaration af sociale indsatser og metoder: *Viden om målgruppen, Viden om metoden, Viden om implementering, Viden om effekt og Viden om økonomi*. Kapitlerne indeholder således følgende:

Kapitel 3 beskriver programmerne R&R2-ADHD og YBP samt den eksisterende viden om programmerne.

Kapitel 4 indeholder en beskrivelse af målgruppen, som har deltaget i programmerne, herunder hvem der er frafaldet programmerne undervejs.

Kapitel 5 indeholder en analyse af kommunernes implementering af programmerne, herunder fideliteten, programmerne er implementeret med.

Kapitel 6 præsenterer effekter og resultater fra programmerne på borgerniveau. Her præsenteres både de kortsigtede effekter og de mere langsigtede konsekvenser.

Kapitel 7 indeholder en økonomisk analyse af programmerne. Her præsenteres en omkostningsvurdering af R&R2-ADHD samt en undersøgelse af potentielle budgetøkonomiske konsekvenser.

Derudover er der til rapporten udarbejdet et selvstændigt metodebilag og et selvstændigt tabel- og figurbilag.

3. VIDEN OM PROGRAMMERNE R&R2-ADHD OG YBP

3.1 Om R&R2-ADHD og Young-Bramham-Programmet

Programmerne R&R2-ADHD (som står for *Reasoning and Rehabilitation, version 2 målrettet ADHD*)⁷ og Young-Bramham-Programmet (YBP), der afprøves i projektet, er udviklet i hhv. Canada og England. De er baseret på kognitiv færdighedstræning og har vist sig særdeles effektive. R&R2-ADHD-programmet har været underlagt RCT-forsøg og er udbredt i en række lande, herunder Island, Norge og Sverige^{8,9,10,11}.

Programmerne er udviklet til unge og voksne (fra 16 år) med opmærksomhedsproblemer og problemer med impuls kontrol, og som mangler eller kun har sparsomme færdigheder i forhold til konstruktiv planlægning, organisering, social kompetence og social adfærd. Programmerne retter sig mod at reducere de funktionelle vanskeligheder forbundet med ADHD frem for en reduktion i kernesymptomerne. Derfor er målgruppen heller ikke begrænset til unge og voksne med ADHD, men kan lige så vel omfatte mennesker, som har tilsvarende vanskeligheder uden nødvendigvis at opfylde kriterierne for diagnosen ADHD.

Hvorvidt en person falder indenfor målgruppen og programmets rammer afgøres ved en måling, der er gennemført med måleredskabet RATE-S, som er specifikt udviklet til R&R2-ADHD.

Til gruppeforløbene anvendes programmet R&R2-ADHD, som består af manualbaseret social og kognitiv færdighedstræning. Til de individuelle sessioner anvendes Young-Bramham-Programmet (YBP), som ligeledes er social og kognitiv færdighedstræning, men som sammensættes efter den enkeltes behov. Nedenfor beskrives de to programmer mere indgående.

3.2 R&R2-ADHD – et manualbaseret gruppeforløb

R&R2-ADHD er et evidensbaseret gruppeforløb, som sigter mod at træne deltagernes kognitive og sociale færdigheder.

Det primære omdrejningspunkt for programmet er at styrke deltagernes færdigheder i forhold til koncentration, impuls kontrol, hukommelse og konstruktiv planlægning, så de bliver i stand til at anvende informationer, antagelser mv. på en måde, så deres sociale færdigheder og funktionsevne styrkes. Programmet er kendetegnet ved at have nogle meget faste rammer og et fast indhold. Både praktisk tilrettelæggelse og facilitering samt indhold i kursusforløbet gennemføres med afsæt i en udførlig manual, der i detaljer beskriver hver session.

Forløbet kan gennemføres for op til 12 deltagere pr. hold og ledes af 1-2 certificerede gruppetrænere. R&R2-ADHD-programmet udgøres af **15 sessioner**, som indeholder specifikke træningsteknikker, der tager afsæt i den adfærd og de kognitive og emotionelle vanskeligheder, som typisk findes hos personer med ADHD. Dette gøres gennem praktiske øvelser, som trækker på deltagernes personligt oplevede problemer. De 15 sessioner gennemføres i en fastlagt rækkefølge, da de færdigheder, der læres i hver session, er en forudsætning for at kunne lære det næste. Derfor tilbydes der også **opfølgningssessioner** mellem sessionerne til deltagere, der eventuelt har været fraværende fra en session, så de har samme forudsætninger for at indgå i de efterfølgende sessioner. Se de 15 sessioner i R&R2-ADHD-hovedforløbet i figuren herunder.

⁷ Young, S.J. and R.R Ross: *R&R2 for ADHD Youths and Adults – Program Handbook* (2007)

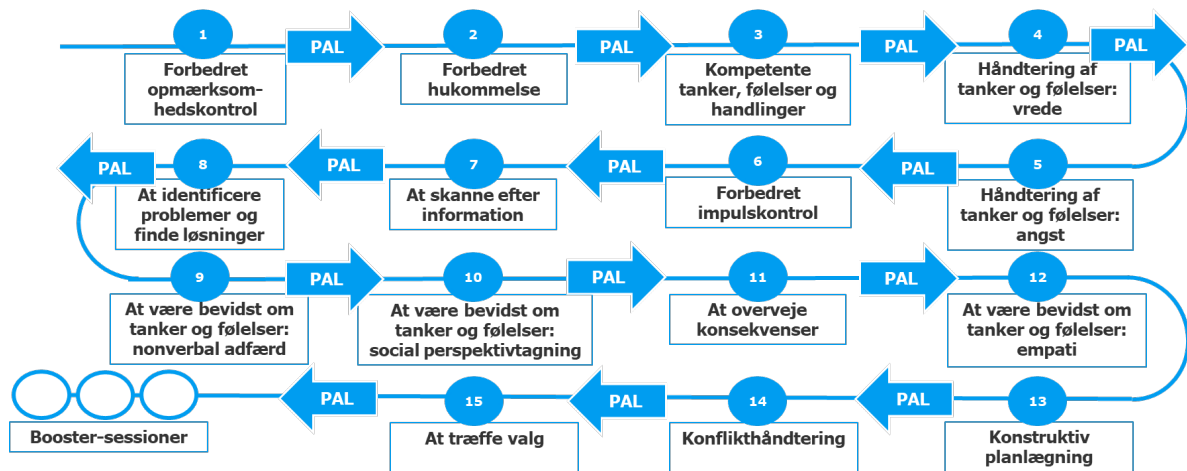
⁸ Young, Susan, et al.: A controlled trial of a cognitive skills program for personality-disordered offenders. *Journal of Attention Disorders* 17.7 (2013): 598-607.

⁹ Young, Susan, et al.: Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychological Medicine* 45.13 (2015): 2793-2804.

¹⁰ Rees-Jones, Angharad, Gisli Gudjonsson, and Susan Young: A multi-site-controlled trial of a cognitive skills program for mentally disordered offenders. *BMC Psychiatry* 12.1 (2012): 44.

¹¹ Emilsson, Brynjar, et al.: Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 11.1 (2011): 116.

Figur 3.1: Oversigt over temaer for de 15 gruppesessioner i R&R2-ADHD-forløbet



Mellem sessionerne arbejder deltageren aktivt med hjemmeopgaver, som gør det muligt på en praktisk måde at anvende og afprøve teori og redskaber fra undervisningen i egen hverdag og relationer.

Til at understøtte denne overgang fra teori til praksis har deltageren en **PAL (Participants Aid for Learning)**, som har en coachende rolle, og som støtter deltageren i at omsætte det lærte til egen dagligdag. Denne funktion varetages af en person udvalgt af deltageren, fx en ven, en forælder, støtteperson, mentor eller lignende. Det kan også være en professionel person, fx en mentor eller støtteperson udpeget af kommunen. PAL er et centralt omdrejningspunkt i programmet og tillægges fra programmets side stor betydning for deltagerens udbytte.

Programmet rummer en vis metodefrihed til organiseringen af PAL-funktionen. Det kan både være en fast gruppe af udvalgte PAL, som deltagere i gruppen kan vælge fra. Eller det kan være op til den enkelte deltager at pege på en person fra eget netværk som PAL. Organiseringen er således ikke metodisk fastlagt. Dog er indholdet og rollen for PAL nærmere fastlagt i programmet og beskrevet i en guide, der beskriver, hvad der skal arbejdes med mellem de enkelte sessioner.

Kursusforløbet afvikles med en halvanden times session én gang om ugen i 15 uger. Efter forløbets afslutning kan deltagerne tilbydes tre **booster-sessioner**, som er kortere brush-up-sessioner på udvalgt teori og redskaber fra programmets hovedforløb. Det er op til udbyderen, hvor hyppigt booster-sessioner skal afvikles. Programudvikleren anbefaler, at der afholdes booster-forløb 6-12 måneder efter afslutning af hovedprogrammet, og at forløbene gentages en eller to gange om året.

3.3 Young-Bramham-Programmet (YBP) – et individuelt program

Det andet program i projektet er Young-Bramham-Programmet (YBP), der er udviklet af Susan Young og Jessica Bramham som et **individuelt og mere fleksibelt program** med afsæt i de samme elementer som R&R2-ADHD-forløbet.

YBP gennemføres med afsæt i 12 moduler, som er beskrevet i bogen om programmet¹². Det ligger som krav, at træneren er en erfaren **terapeut eller psykolog**, som har solid indsigt i den kognitive model og ADHD-området.

De enkelte moduler skal ikke nødvendigvis anvendes i en bestemt rækkefølge, og deltager og terapeut kan baseret på deltagerens behov vælge både antallet af moduler, og hvilke opgaver fra de enkelte moduler det er relevant at arbejde med i en session. Træneren har adgang til understøttende materiale, der kan bruges som en del af YBP-forløbet, herunder skemaer og redskaber,

¹² Susan Young og Jessica Bramham (2016): *Young-Bramham-Programmet – kognitiv adfærdsterapi for unge og voksne med ADHD. En psykologisk guide til praksis*, oversat til dansk og udgivet af Socialstyrelsen efter Susan Young and Jessica Bramham (2012): *Cognitive-Behavioural Therapy for ADHD in Adolescents and Adults. A Psychological Guide to Practice*, Wiley-Blackwell, second edition.

som deltageren kan arbejde med på modulet eller få som hjemmeopgave. Se de 12 moduler i figuren herunder.

Figur 3.2: Oversigt over modulerne som et YBP-forløb kan sammensættes af



Som udgangspunkt er deltagerne blevet tilbudt R&R2-ADHD. YBP-forløbet er blevet anvendt som enten et alternativ til gruppeforløbet for personer, der af forskellige årsager ikke kan indgå i R&R2-gruppeforløbet, eller som en overbygning/et supplement til gruppeforløbet, fx for deltagere, der er faldet ud af gruppeforløbet, eller som har yderligere behov for træning indenfor særlige problemområder.

4. MÅLGRUPPEN, SOM HAR DELTAGET I PROGRAMMERNE

Dette kapitel beskriver, hvilke unge og voksne der har deltaget i R&R2-ADHD-programmet. Først beskrives deltagerne i forhold til de inklusionskriterier, programmet opererer med, for dermed at undersøge, om kommunerne er lykkedes med at rekruttere de borgere, der er i målgruppen for programmet. Dernæst tegnes der et billede af, hvad der kendetegner de deltagende unge og voksne, både ud fra de udfordringer, der kan være forbundet med deres kernesymptomer, og deres demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Denne karakteristik baseres på de borgere fra indsatsgruppen, der har gennemført et R&R2-ADHD-forløb, så der arbejdes med samme population i målgruppebeskrivelsen og i effektanalysen¹³. Videre undersøges det, om de borgere, der som et alternativ eller supplement til R&R2-ADHD-programmet har modtaget et YBP-forløb, skiller sig ud på en række karakteristika fra borgerne, som kun deltager i R&R2-ADHD. Endelig undersøges det, hvad der karakteriserer de deltagere, som falder fra undervejs i forløbet.

KAPITLETS HOVEDKONKLUSIONER



- Målgruppen af unge og voksne, der kan deltage i de manualbaserede programmer, er ikke begrænset til personer, der har fået stillet en ADHD-diagnose. Ved opstart fortæller to ud af tre, at de har en ADHD-diagnose, mens lidt under halvdelen fortæller, at de modtager medicin mod ADHD.
- Udvælgelsen af deltagere er sket med stor systematik, bl.a. ved hjælp af måleredskabet RATE, som er udviklet specifikt til at identificere deltagere, der formodes at have gavn af R&R2-ADHD. Stort set alle deltagere oplever så høj grad af adfærdsmæssige og funktionelle vanskeligheder, at R&R2-ADHD (og indirekte YBP) vurderes relevant for dem.
- De unge og voksne, som deltager i R&R2-ADHD, vurderes ved opstart i programmet til i høj grad at have alvorlige ADHD-symptomer. Tilsvarende vurderes de til at have udfordringer med social funktionsevne og følelsesmæssig kontrol.
- Størstedelen af de unge og voksne, der deltager i R&R2-ADHD-programmet, udviser ved opstart klare tegn på depression. Flere udviser også tegn på angst.
- Størstedelen af deltagerne føler, at deres livskvalitet er utilfredsstillende, og over halvdelen oplever ikke at have kontrol over deres eget liv.
- Blandt de deltagende borgere er der relativ ligevægt mellem mænd og kvinder. Der er en bred aldersspredning, men knap 60 pct. af deltagerne er 30 år eller derunder.
- De unge og voksne, der deltager i programmerne, har et relativt lavt uddannelsesniveau og svag arbejdsmarkedstilknytning. Dette kan delvist afspejle deltagerens relativt unge alder.
- De unge og voksne, der frafalder R&R2-ADHD, er typisk yngre, end de deltagere, som gennemfører programmet. Herudover adskiller de frafaldne borgere sig ikke systematisk fra de borgere, som gennemfører programmet.

¹³ I kapitlet fokuseres der på indsatsgruppen, dvs. de borgere, der har deltaget i projektet. Sammenligningen med den rekrutterede sammenligningsgruppe kan findes i tabelbilag B4-2 til B4-4.

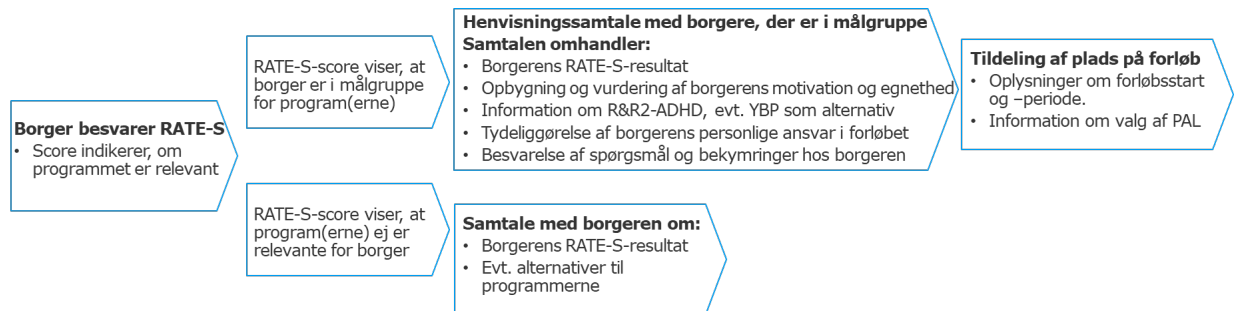
Borgerkarakteristika, der er blevet indsamlet af Rambøll via surveydata, er målt ved borgerens opstart i projektet. Karakteristika, der er dannet på baggrund af Danmarks Statistiks registre, er baseret på data fra året inden borgerens opstart i projektet, da disse registre opgøres på årsbasis. Disse nedslagspunkter vælges for at sikre, at borgerkarakteristika ikke i sig selv er blevet påvirket af borgerens deltagelse i projektet.

4.1 Systematisk henvisning af deltagerne

I det følgende beskrives det, hvordan borgerne er henvist og udvalgt til at deltage i hhv. R&R2-ADHD og YBP. Kommunerne har lagt sig op ad programhåndbogens anbefalinger til udvælgelsesprocessen.

Programmerne henvender sig til den brede målgruppe, som oplever den sårbarhed og de funktionelle vanskeligheder, der ofte ses i tilknytning til ADHD. Borgere i målgruppen kan blive henvist af forskellige fagpersoner som fx myndighedssagsbehandlere, praktiserende læger samt speciallæger i psykiatrien. Når borgere er henvist til R&R2-ADHD-programmet, foretager projektleder eller anden ansvarlig medarbejder en systematisk udvælgelse i to trin. Udvælgelsesprocessen illustreres i nedenstående figur.

Figur 4.1: Systematisk udvælgelsesproces af borgere til programmerne



Som første trin benyttes måleredskabet RATE-S¹⁴ til at få en indikation af, om en person har de adfærdsmæssige og funktionelle vanskeligheder, som adresseres i programmerne. RATE-S er specifikt udviklet til R&R2-ADHD, men er i dette projekt også blevet brugt til at identificere personer, der formodes at have gavn af både R&R2-ADHD og YBP. I projektet er målingen med RATE-S understøttet af et IT-system. Måleredskabet består af 32 items, som kan inddeles i fire underkategorier, som giver viden om borgerens ADHD-symptomer, sociale funktionsevne, følelsesmæssige kontrol og antisociale adfærd. Inden for hver item kan borgeren opnå en numerisk score på mellem 1 og 8, hvor 1 afspejler svaret *slet ikke*, og 8 afspejler svaret *det meste af tiden*. Alle spørgsmål stilles sådan, at jo højere borgeren scorer, jo ringere funktionsevne har denne. Den samlede score vil være imellem 32 og 256, hvor en høj score indikerer ringe funktionsevne. I trin to suppleres målingen af en henvisningssamtale, hvor der foretages en individuel, faglig vurdering af, hvorvidt borgeren kan have gavn af programmerne.

Den score, som borgeren modtager i forbindelse med målingen med redskabet RATE-S, opdeles i tre kategorier:

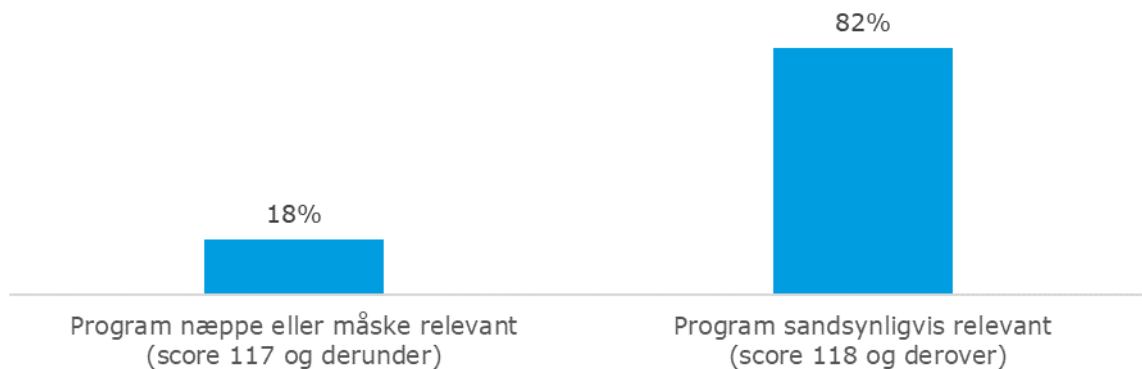
- En score på ≥ 118 indikerer, at: **Programmet er sandsynligvis relevant.**
- En score på 78-117 indikerer, at: **Programmet er måske relevant.**
- En score på ≤ 77 indikerer, at: **Programmet er næppe relevant.**

Størstedelen af deltagerne i R&R2-ADHD (82 pct.) har en score i kategorien, der indikerer, at programmet sandsynligvis vil være relevant for dem. En mindre del har en score i kategorien, der indikerer, at programmet måske vil være relevant for dem, mens meget få af deltagerne har en

¹⁴ RATE-S står for *R&R2-ADHD Treatment Evaluation Self-Report Version*. Måleredskabet udfyldes i denne version af borgeren selv.

score, som indikerer, at programmet næppe er relevant. Figuren nedenfor viser, hvordan deltagerne fordeler sig i denne opdeling af RATE-S¹⁵.

Figur 4.2: Fordeling af deltageres scores på RATE-S (pct.)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af borgeren i førmålingen.

Note: N=175. Kategorierne "Programmet er næppe relevant" og "Programmet er måske relevant" afrapporteres ikke særskilt af hensyn til datafortrolighed.

Betragtes den laveste score i kategorien, der indikerer, at programmet måske er relevant (dvs. 78), som den nedre grænse for inklusion i programmerne, lever stort set alle borgere altså op til dette kriterium. Af programhåndbogen til R&R2-ADHD fremgår det desuden, at en RATE-S-score på 100 kan afspejle en moderat funktionsnedsættelse. Langt størstedelen af deltagerne opfylder dette kriterium, da 95 pct. har en score på RATE-S på mindst 100.

At der er borgere, som ved målingen modtager en score, der placerer dem i de to nedre kategorier, som alligevel er henvist til forløbet, kan derfor dække over, at målingen har vist vanskeligheder, som er særligt udtalte på enkelte områder, men ikke markant på andre, og at det i henvisningssamtalen har været vurderet, at borgeren kunne få udbytte af forløbet. Kommunerne har ligeledes i henvisningssamtaler haft fokus på, om borgeren kan indgå i et gruppeforløb, og om de har en motivation for at arbejde med deres vanskeligheder. Derudover har det været et krav, at deltagerne er normalt begavede og ikke må udvise alvorlig psykopatologi. Til gengæld må personer med dårlige læsefærdigheder ikke udelukkes fra deltagelse i programmet, men skal i stedet have ekstra støtte eller tages særligt hensyn til.

4.2 Hvem er de unge og voksne, som har gennemført R&R2-ADHD-programmet?

Dette afsnit beskriver, hvad der karakteriserer de borgere, som har gennemført et R&R2-ADHD-forløb. Borgerne karakteriseres både ud fra de adfærdsmæssige og funktionelle vanskeligheder, de kan have, og hvilke konsekvenser der følger med disse, men også baggrundskarakteristika som demografiske og socioøkonomiske forhold.

4.2.1 Deltageres ADHD-symptomer og ADHD-relaterede vanskeligheder

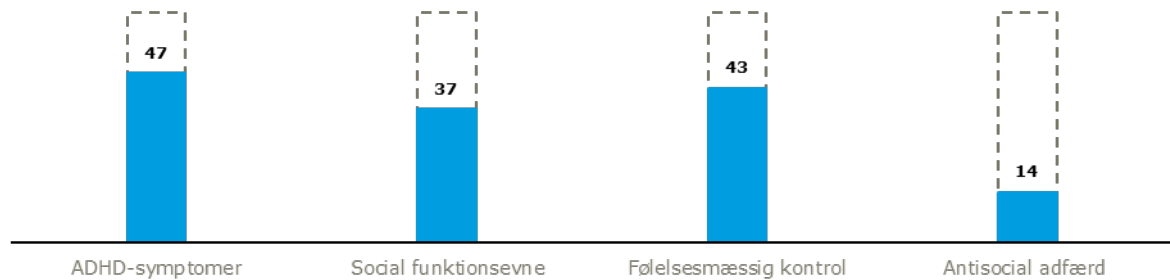
Som beskrevet kan deltageres samlede score på RATE-S-måleredskabet opdeles i fire underkategorier, der hhv. afspejler deltageres ADHD-symptomer, sociale funktionsevne, følelsesmæssige kontrol og antisociale adfærd. Inden for hver underkategori kan deltagerne maksimalt modtage en score på 64. Fordelingen i nedenstående figur afspejler, at deltagerne i høj grad oplever udfordringer med deres ADHD-symptomer og følelsesmæssige kontrol, men også med deres sociale funktionsevne.

Til gengæld tyder det ikke på, at deltagerne oplever særlige udfordringer med antisocial adfærd¹⁶.

¹⁵ Af hensyn til datafortrolighed sammenlægges deltagerne, der har en score i de to laveste kategorier. Den præcise fordeling afrapporteres derfor ikke.

¹⁶ Da antisocial adfærd bl.a. dækker over flere kriminalitetsrelaterede spørgsmål, kan det ikke udelukkes, at den lave gennemsnitlige score i denne kategori skyldes, at borgerne ikke har ønsket at opgive disse oplysninger. Denne hypotese bekræftes dog ikke af tal fra kriminalitetsregistre, hvor kun en lille andel af deltagerne er registreret med en afgørelse i kriminalstatistikken, og næsten ingen af deltagerne er registreret som ofre for vold (se bilagstabel B4-4).



Figur 4.3: Deltagernes scores på RATE-S opdelt på de fire underkategorier (gennemsnit)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af borgeren i formålingen.
 Note: N=175. Den maksimale score er 64 på hvert delmål.

Det er ikke et krav for inklusion i programmet, at borgeren har en ADHD-diagnose, men ved borgerens opstart har træneren vurderet, hvor alvorlige borgerens ADHD-symptomer er på en skala fra 'Slet ingen symptomer' til 'Blandt de allermost alvorlige symptomer'. I Tabel 4.1 er trænerens vurderinger inddelt i tre kategorier, nemlig hvorvidt borgeren er blandt dem med henholdsvis mindst, moderat eller mest alvorlige symptomer på ADHD. Flertallet af deltagerne vurderes af trænerne til at være blandt de borgere, der har de mest markante ADHD-symptomer (58 pct.). Kun en meget lille andel (3 pct.) hører til blandt de borgere, der har færrest symptomer på ADHD.

Tabel 4.1: Deltagerfordeling på trænervurderede ADHD-symptomer¹⁷ og selvrapporteret ADHD-diagnose og -medicin (pct.)

		Pct.	
Trænervurderede ADHD-symptomer		Blandt de mindst alvorlige	3 pct.
		Moderate symptomer	40 pct.
		Blandt de mest alvorlige	58 pct.
Selvrapporteret ADHD-diagnose og brug af ADHD-medicin		Har en ADHD-diagnose	66 pct.
		Får medicin mod ADHD	45 pct.

Kilde: Spørgeskema udfyldt af borgeren i formålingen samt spørgeskema udfyldt af træneren (CHI Illness Severity, Clinical Global Impression). Variablene er dannet på baggrund af validerede måleredskaber og spørgsmål til borgerens brug af ADHD-medicin. Symptomer på ADHD måles på en skala, som inddeler borgerne i tre kategorier: 'Blandt de mindst alvorlige' (sammenlægning af svarkategorierne: "Normal, slet ikke syg", "Næsten ikke syg"), 'Moderate symptomer' (svarkategorien: "Lidt syg", "Moderat syg") og 'Blandt de mest alvorlige' (sammenlægning af svarkategorierne: "Markant syg", "Alvorlig syg" og "Blandt de allermost syge").

Note: Talene i tabellen summer ikke til 100 pct., da der er afrundet. N=160-167.

Tabellen afspejler yderligere andelen af borgere, der ved projektets opstart fortæller, at de har en ADHD-diagnose og/eller modtager medicin mod ADHD. 66 pct. af deltagerne beskriver, at de har en ADHD-diagnose, mens 45 pct. får medicin mod ADHD. Dette bekræfter, at en ADHD-diagnose ikke har været et krav for inklusion i programmet. Diagnosticering og medicinering kan være et udtryk for, hvor påvirkede deltagerne er af ADHD-symptomerne og de relaterede vanskeligheder. Det kan dog også afspejle, hvor opmærksomme borgerne er på egne symptomer og udfordringer.






4.2.2 Deltagernes psykiske udfordringer og udfordringer med hverdagsmestring

ADHD og tilsvarende vanskeligheder er ofte relateret med andre psykiske udfordringer samt oplevelsen af at have vanskeligt ved at mestre hverdagen. Ved projektstart blev det undersøgt, hvordan deltagerne så ud på en række af disse udfordringer.

¹⁷ Træneren vurderer borgerens symptomer relativt til sine tidligere erfaringer med sammenlignelige borgere.

Som det fremgår af tabellen nedenfor, udviser størstedelen af deltagerne i udgangspunktet klare symptomer på depression (70 pct.). Kun 10 pct. af deltagerne havde ikke symptomer på depression, da de startede i projektet. Sammenlignet hermed havde færre symptomer på angst, da næsten halvdelen (44 pct.) her lå inden for normalområdet. Det betyder dog stadigvæk, at flertallet af deltagerne enten var på grænsen til eller havde klare symptomer på angst.

Tabel 4.2: Deltagernes fordeling på psykiske komorbiditeter og mestringsudfordringer (pct.)

		Pct.	
Depression		Normalområdet	10 pct.
		Grænsetilfælde	20 pct.
		Abnormt område	70 pct.
Angst		Normalområdet	43 pct.
		Grænsetilfælde	34 pct.
		Abnormt område	24 pct.
Oplevet indflydelse på eget liv		Oplever egen indflydelse	3 pct.
		Neutral	39 pct.
		Oplever udefrakommende indflydelse	58 pct.
Livskvalitet		Utilfreds	78 pct.
		Neutral	3 pct.
		Tilfreds	19 pct.
Temperamentsudfordringer		Gennemsnit	4,36

Kilde: Spørgeskema udfyldt af borgeren i formålingen. Variablene er dannet på baggrund af validerede måleredskaber.

Symptomer på angst og depression måles på en skala, der efterfølgende inddeler borgerne i tre kategorier: 'Normalområde' (ingen symptomer), 'Grænsetilfælde' samt 'Abnormt område' (symptomer er til stede). Temperamentsudfordringer måles på en skala fra 0-9, hvor en høj score indikerer større temperamentsudfordringer. N=160-161.

Tabellen viser også, at mange af deltagerne ved projektstart oplever andre udfordringer. Over halvdelen (58 pct.) af deltagerne oplever, at det er svært at påvirke livets udfald. De oplever, at gode og dårlige hændelser fx skyldes held, uheld eller andre udefrakommende påvirkninger (ydre kontrol). Meget få af deltagerne (3 pct.) oplever ved opstarten i programmet, at de selv har indflydelse på, hvad der sker i deres liv (indre kontrol)¹⁸. Ligeledes udtrykker 78 pct. af deltagerne utilfredshed i forhold til deres livskvalitet. Temperamentsudfordringer måles på en skala fra 0-9, hvor en høj score indikerer større temperamentsudfordringer. Deltagernes gennemsnitlige score på omtrent 4 (på en skala fra 0-9) indikerer, at de til en vis grad også har udfordringer med at kunne kontrollere temperamentet¹⁹.

¹⁸ Inden for oplevet indflydelse på eget liv kan borgerne opnå en score på mellem 0 og 40, hvor en score fra 0-6 placerer borgeren i kategorien "indre kontrol/oplever egen indflydelse", en score på 7-15 placerer borgeren i neutral kategori, mens en score på 16-40 placerer borgeren i kategorien "ydre kontrol/oplever udefrakommende indflydelse".

¹⁹ Temperamentscoren dækker over følgende spørgsmål: 1) om borgeren oplever at blive irriteret på andre mennesker eller i bestemte situationer, 2) om borgeren har vredesudbrud og mister kontrollen over temperamentet, og 3) om borgeren oplever, at temperamentet skaber problemer. Inden for hvert spørgsmål scorer deltageren på en skala fra 0 "Nej, ikke tilfældet" til 3. "Meget tydeligt tilfældet det meste af tiden". Den samlede score er en sum. En højere score indikerer større temperamentsudfordringer.

Samlet set tegner ovenstående et billede af en målgruppe, der ved opstarten i programmet i høj grad var kendetegnet ved de udfordringer, der ofte forekommer ved ADHD og tilsvarende vanskeligheder. Det tyder derfor også på, at der blandt deltagerne var rum for positiv udvikling.

4.2.3 Deltagernes demografiske karakteristika

Tabel 4.3 viser, hvordan deltagerne fordeler sig på demografi og familieforhold. Karakteristika afspejler situationen året før, at borgeren opstarter i programmet. Blandt deltagerne er der en nogenlunde ligelig fordeling mellem mænd og kvinder²⁰. Gennemsnitsalderen er 30 år. Dette afspejler, at størstedelen af borgerne (59 pct.) er 30 år eller derunder²¹. Deltagernes herkomst er desuden undersøgt, men grundet datafortrolighed indgår disse resultater ikke i tabellen. Det er dog en meget lille andel af deltagerne, som har en anden etnisk herkomst end dansk. Til sammenligning udgør 15-29-årige 38 pct. af den almene danske befolkning, der er i aldersgruppen 15-54 år²². Samtidig er 18 pct. af anden etnisk herkomst end dansk²³. Det betyder, at der blandt de deltagende borgere er en overrepræsentation af yngre borgere og borgere med dansk oprindelse. Knap halvdelen af deltagerne (42 pct.) indgår i en familie, hvor man lever sammen med andre, dvs. i ægteskab, som samlevende eller samboende par²⁴. Samtidig har 37 pct. af deltagerne egne børn.

Tabel 4.3: Deltagernes fordeling på demografi og familieforhold (pct.)

		Pct.
Køn	 Mand	48 pct.
	 Kvinde	52 pct.
Alder	 Op til 30 år	59 pct.
	31-40 år	22 pct.
	Over 40 år	19 pct.
Familieforhold	 I ægteskab, samlevende el. -boende	42 pct.
	Har børn	37 pct.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre. Data trækker afspejler borgerens situation året før, opstarter i programmet. N=169-171.

4.2.4 Deltagernes socioøkonomiske karakteristika

Tabel 4.4 afspejler deltagerne socioøkonomiske karakteristika året før, at de påbegynder programmet. Over halvdelen af deltagerne (56 pct.) har grundskolen som højest fuldførte uddannelse, mens 31 pct. har en ungdomsuddannelse. Ligeledes er knap 20 pct. i gang med enten en grundskole- eller ungdomsuddannelse. Dette tyder altså på, at deltagerne i programmet har et forholdsvis lavt uddannelsesniveau. Det er ikke muligt at afgøre, hvor stor en del af det lavere uddannelsesniveau, der blot afspejler, at der er tale om en yngre målgruppe, og hvor stor en del der afspejler, at målgruppen reelt set opnår lavere uddannelsesniveauer end den øvrige danske befolkning. Man ved dog, at 64 pct. af unge med ADHD ikke har færdiggjort en ungdomsuddannelse som 25-

²⁰ Denne lighed mellem kønnene afspejler ikke den generelle fordeling mellem mænd og kvinder, der har en ADHD-diagnose, hvor mænd traditionelt har været overrepræsenteret. Over en længere årrække er der dog sket en udvikling i, hvem der får ADHD-diagnosen. Hvor det tidligere primært var mænd, ses der i dag i højere grad en udligning i fordelingen mellem mænd og kvinder med en ADHD-diagnose. Ifølge Socialstyrelsens nationale ADHD-handleplan var fordelingen mellem mænd og kvinder i aldersgruppen 18-29 år i 2010 knap 2:1.

²¹ Den nedre aldersgrænse for deltagelse er 16 år. En af kommunerne har dog kørt et ungdomshold, hvor nogle af deltagerne var under 16 år. Samlet set drejer det sig dog kun om en lille andel af det samlede antal deltagere.





²² Kilde: Statistikbanken, FOLK1C, 2018 1. kvartal.

²³ Kilde: Statistikbanken, FOLK1C, 2018 1. kvartal.

²⁴ Hjemmeboende børn regnes i Danmarks Statistik med til deres forældres familier.

årige mod knap 20 pct. af den øvrige befolkning²⁵, hvorfor det vil være forventeligt, at det lavere uddannelsesniveau afspejler, at målgruppen reelt opnår lavere uddannelsesniveauer.

Tablet 4.4: Deltagernes fordeling på socioøkonomiske karakteristika (pct.)

		Pct.	
Højest fuldførte uddannelse		Grundskole	56 pct.
		Ungdomsuddannelse	31 pct.
		Videregående uddannelser	11 pct.
		Andet	2 pct.
Igangværende uddannelse		Grundskole	8 pct.
		Ungdomsuddannelse	10 pct.
		Videregående uddannelse	10 pct.
		Ikke registreret med en igangværende udd.	72 pct.
Indkomst		Personindkomst <125.000 kr.	30 pct.
		Personindkomst 125.000-249.999 kr.	39 pct.
		Personindkomst >249.999 kr.	11 pct.
Tilknytning til arbejdsmarkedet		Beskæftiget	12 pct.
		Ledig	42 pct.
		Under uddannelse	15 pct.
		Offentlig ydelse, pension el. efterløn	5 pct.
		Anden arbejdsmarkedsstatus	26 pct.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre. Datatrækket afspejler borgerens situation året før opstarten i programmet. Dette gør sig gældende for de variable, der anvendes i målgruppebeskrivelsen, og variablene, der anvendes som kontrolvariable i effekt- og konsekvensanalyserne.

Note: 'Tilknytning til arbejdsmarked' er dannet på baggrund af den socialøkonomiske klassifikation, som findes i registeret SOCIO, som er administreret af Danmarks Statistik. Kategorien 'Anden arbejdsmarkedsstatus' dækker i Danmarks Statistiks indkomstregister over følgende kategorier: "Ikke i AKM", "Andre" og "Børn under 15 år ultimo året". Kategorierne for personindkomst summer ikke til 100 pct., da nogle borgere ikke er registreret med en indkomst. N=169-171.

Af tabellen ovenfor fremgår det, at 42 pct. af deltagerne er ledige, mens dette kun gælder 3 pct. af den almene befolkning i samme aldersgruppe (16-54 år)²⁶. På trods af tyngden i den yngre aldersgruppe indikerer denne forskel, at deltagerne i programmet er overrepræsenterede i ledighedsstatistikkerne. Disse tendenser bekræftes også af, at størstedelen af deltagerne (69 pct.) har en personindkomst på under 250.000 kr. om året. Rockwool Fonden har også vist, at voksne med ADHD er markant dårligere stillet, da de tjener mindre og er mere ledige end den øvrige befolkning.²⁷

For også at undersøge deltagerne socioøkonomiske *baggrund* og ikke kun nuværende *status* betragtes uddannelsesniveau og arbejdsmarkedsstatus for deltagerne forældre i det år, hvor deltageren var 10 år²⁸. Dette tidsmæssige nedslagspunkt vælges for at sandsynliggøre, at familiens

²⁵ Arbejderbevægelsens Erhvervsråd: *Mange unge med handicap får ikke en ungdomsuddannelse*, 2019.

²⁶ Kilde: Statistikbanken, RAS201, 2018.

²⁷ Nyt fra Rockwool Fondens Forskningsenhed: *ADHD koster ubehandlet mindst 3½ mia. kroner om året*. September 2014.

²⁸ I tabellen indgår kun resultaterne for mødre, men tilsvarende er undersøgt for deltagerne fædre. Resultaterne her afspejler de samme tendenser.

karakteristika ikke i sig selv er et resultat af barnets eventuelle ADHD-symptomer, men i stedet afspejler, hvordan familiebaggrunden potentielt kan have påvirket barnet²⁹.

Tabel 4.5: Deltagernes fordeling på moderens uddannelsesniveau og arbejdsmarkedsstatus (pct.)

		Pct.
Mors tilknytning til arbejdsmarkedet 	Beskæftiget	61 pct.
	Ledig	24 pct.
	Anden arbejdsmarkedsstatus	15 pct.
Mors højest fuldførte uddannelse 	Grundskole	45 pct.
	Ungdomsuddannelse	38 pct.
	Kort el. mellemlang videregående	14 pct.
	Lang videregående	2 pct.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre. Moderens socioøkonomiske karakteristika måles i året, hvor deltageren var 10 år gammel.

Note: N=140-162. 'Anden arbejdsmarkedsstatus' dækker i Danmarks Statistiks indkomstregister over følgende kategorier: "Ikke i AKM", "Andre" og "Børn under 15 år ultimo året". Figuren inkluderer flere kategorier ("Under uddannelse", "Pension" osv.) for at sikre nok observationer. Kategorierne for personindkomst summer ikke til 100 pct., da nogle borgere ikke er registreret med en indkomst.

Som det fremgår af Tabel 4.5 herover, var 61 pct. af deltagerne mødre i beskæftigelse, mens 24 pct. var ledige, da deltagerne var 10 år. Over 80 pct. af mødrene havde desuden højest en ungdomsuddannelse på dette tidspunkt.

De forskellige demografiske karakteristika og socioøkonomisk status og baggrund anvendes i den videre analyse af deltagerne udvikling til at sikre, at deltagerne sammenlignes med borgere, der reelt er sammenlignelige.




4.3 Hvad karakteriserer borgerne, som tilbydes et YBP-forløb?

Som beskrevet kan borgerne tilbydes et YBP-forløb. Dette kan enten være som et alternativ til gruppeforløbet eller som en overbygning eller supplement til gruppeforløbet. I udgangspunktet er det borgernes problemtungde og problemkarakter, der afgør, om de tilbydes YBP-sessioner. Forventningen vil derfor være, at der kan være stor forskel på de borgere, som kun modtager et R&R2-ADHD-forløb, og de borgere, som tilbydes YBP enten som alternativ, overbygning eller supplement til R&R2-ADHD. I nedenstående tabel undersøges det, om der er systematiske forskelle på gruppen af borgere, som kun deltager i R&R2-ADHD-forløb, og de borgere, som modtager et YBP-forløb enten som alternativ eller supplement til et R&R2-ADHD-forløb³⁰. De to grupper sammenholdes ift. deres ADHD-symptomer og ADHD-relaterede udfordringer.

²⁹ Optimalt var moderens karakteristika derfor blevet målt i barnets fødselsår. For at øge antallet af mødre, der har data i uddannelses- og indkomstregisteret, er målingen dog i stedet blevet foretaget, da barnet var 10 år.

³⁰ I analysen indgår alle borgere, som har modtaget minimum én YBP-session. Gennemsnitligt har borgerne med et YBP-forløb modtaget seks sessioner. Ud af de 43 borgere har kun 6 modtaget en enkelt session. Deltagere, som har modtaget YBP som supplement, indgår ikke i den beskrivende statistik for R&R2-ADHD.

Tabel 4.6: YBP-deltagernes gennemsnitlige score på de indsatsnære mål sammenlignet med R&R2-ADHD-deltagernes gennemsnitlige score på de indsatsnære mål

		YBP-deltagere		R&R2-ADHD-deltagere		Forskel	
		Score	N	Score	N	Score	Signifikansniveau
RATE-S-scores	 ADHD-symptomer	47,6	31	46,6	165	-1,0	0,590
	Udfordringer med social funktionsevne	35,9	31	36,6	165	0,7	0,691
	Udfordringer med følelsesmæssig kontrol	42,2	31	43,2	165	1,0	0,622
	Antisocial adfærd	14,9	31	13,8	165	-1,1	0,393
Komorbiditet	 Depression	12,4	28	12,8	149	0,4	0,655
	Angst	8,1	28	8,1	149	0,0	0,953
	Temperamentsudfordringer	4,6	27	4,3	148	-0,3	0,482
Livsofattelse	 Livskvalitet	14,4	27	14,6	148	0,2	0,908
	Manglende kontrol over eget liv	18,0	27	17,2	148	-0,8	0,416

Note: Ud af de 43 borgere har 5 ikke besvaret spørgsmålingen, hvorfor de ikke indgår. Ydermere er 9 af YBP-borgerne markeret som frafaldne, hvorfor disse ikke indgår.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata til borgerne.

Borgerne, som har modtaget et YBP-forløb, adskiller sig ikke umiddelbart signifikant fra deltagerne i R&R2-ADHD, når målene, som vedrører ADHD-symptomer og ADHD relaterede udfordringer, betragtes. Undersøger vi de demografiske og socioøkonomiske karakteristika, ses der heller ikke statistisk sikre forskelle mellem de to grupper. Det skal dog atter fremhæves, at det er relativt få borgere, som har deltaget i et YBP-forløb.

Kun for fire af borgerne, som har modtaget et YBP-forløb, har modulet omkring stofmisbrug eller alkoholmisbrug været planlagt som en del af sessionerne. Det tyder derfor på, at det ikke er denne problematik, der har været den dominerende årsag til deltagerne YBP-forløb. Statistisk adskiller YBP-deltagerne sig således ikke fra de øvrige deltagere, og med afsæt i undervisernes erfaringer er det sandsynligt, at henvisninger til YBP skal findes i andre udfordringer hos deltagerne, bl.a. udfordringer med at indgå i grupper eller behov for ekstra støtte på bestemte områder. Dette understøttes af flere af trænerne, som har deltaget i interviews.

"Der har været nogle, som er faldet ud af R&R2-ADHD. Enten fordi de ikke kan magte at være i gruppen, eller hvis de har større udfordringer på bestemte områder, hvor de ikke profiterer af bredden i R&R2. Det kan også være nogle, der har gennemført, hvor vi har vurderet, at der mangler et eller andet."

R&R2-ADHD-træner



4.4 Karakteristika af deltagerne, som frafalder R&R2-ADHD-forløbet

Dette afsnit beskriver først frafaldsprocenten fra R&R2-ADHD-forløbet, og hvordan gennemførelsen har udviklet sig over tid. Dernæst beskrives, hvad der karakteriserer borgere, som har afbrudt forløbet, sammenlignet med borgere, som har fuldført forløbet, for at undersøge, om der er systematik i frafaldet. Herunder præsenteres kun hovedkonklusionerne fra denne frafaldsanalyse. Den fulde frafaldsanalyse kan findes i bilagstabellerne B4-5 til B4-10, hvor det undersøges, om der er signifikante forskelle mellem borgere, som har hhv. afbrudt og fuldført forløbet på alle baggrunds-karakteristika, inklusionskriterier og ADHD-relaterede vanskeligheder.

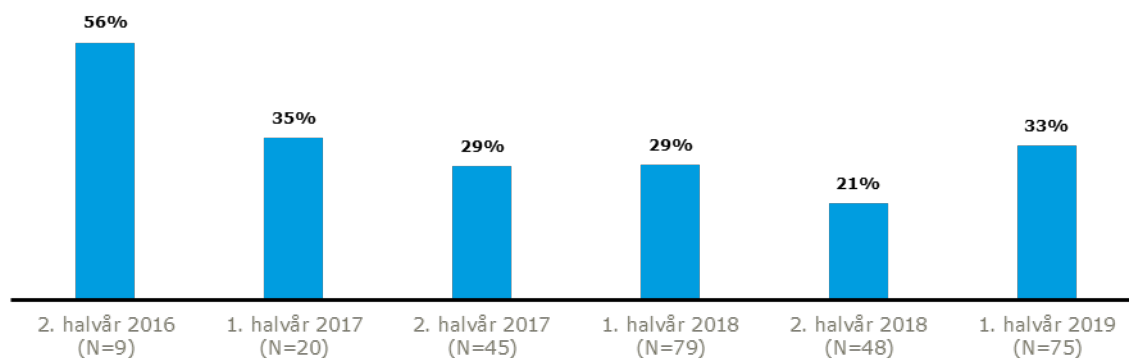
4.4.1 Frafaldet fra R&R2-ADHD-forløbene har været faldende over tid

I løbet af hele projektperioden er i alt 276 borgere blevet rekrutteret til indsatsgruppen. Heraf har kommunerne registreret 83 borgere som frafaldne i løbet af forløbet. Dette giver et gennemsnitligt frafald på 30 pct. Derudover er 18 borgere registreret som gennemført, men som ikke har gennemført hverken eftermålingen eller den opfølgende måling 3 måneder efter forløbets afslutning.

Når disse borgere også sorteres fra, betyder det, at i alt 175 borgere indgår i datagrundlaget for rapportens analyser.

Opdeles der på de seks projektrul (jf. tidligere beskrivelse af evalueringsdesign), ses en tendens til, at frafaldet falder over tid. I første rul var deltagerfrafaldet på 56 pct. – dette fald dækker dog kun over to hold. I de efterfølgende rul har deltagerfrafaldet været på omtrent 30 pct.

Figur 4.4: Udviklingen i frafaldsprocenten over tid



Kilde: Spørgeskema udfyldt af træneren.

Note: N=276. Frafallspocenten angiver andelen af deltagerne, der falder fra R&R2-programmet.

Flere faktorer kan spille ind på denne udvikling. Trænerne kan være blevet skarpere på henvisningskriterierne og dermed bedre til at vurdere, hvem der kan profitere af og deltage indenfor forløbets rammer, og hvem der ikke kan. Fx udtrykker projektledere i interviews, at de efter de første hold blev mere opmærksomme på i henvisningssamtalen at spørge ind til ansøgerens motivation for at deltage i et gruppeforløb og for at arbejde med adfærdsændringer. Desuden peger underviserne i kvalitative interviews på, at de efter de første hold er blevet bedre til at levere undervisningen på en levende og engagerende måde, og at de blev bedre til at arbejde med relationsdannelsen til deltagerne integreret i og ved siden af undervisningen. Underviserne peger på, at det kan være medvirkende til, at der var mindre frafald på de senere hold set ift. de første, fordi deltagerne oplever en mere engageret og autentisk undervisning. Samtidig bliver deltagerne i kraft af relationsarbejdet trygkere ved at komme og føler sig set, hørt og inkluderet af R&R2-ADHD-træneren samt andre deltagere. Underviserne peger på, at arbejdet med holdets tryghed ved underviserne og andre deltagere på holdet er et vigtigt aspekt af at sikre fastholdelse.

4.4.2 *Borgerne, der falder fra R&R2-ADHD-forløbet, er typisk yngre, men afviger ellers ikke fra de borgere, der gennemfører*

Frafaldsanalysen viser for det første, at frafaldne borgere er signifikant yngre end gennemførte borgere, idet der blandt de frafaldne borgere er 16 procentpoint flere i den yngste aldersgruppe (højest 30 år). Dette resulterer i en gennemsnitsalder, der er 3,5 år lavere end hos de gennemførte borgere. Samtidig viser frafaldsanalysen, at frafaldne borgere har lavere uddannelsesniveaue og personindkomst og oftere er under uddannelse, men forskellen er ikke signifikant³¹.

Interviewede træneres erfaringer med de yngre deltagere er, at mange profiterer godt af forløbet og kan indgå og deltage aktivt, men at der kan være en tendens til, at flere unge under 30 kan mangle noget livserfaring til at se et mønster i deres udfordringer eller kan have kognitive begrænsninger (mennesker med ADHD kan have en lidt senere kognitiv udvikling end den brede ungegruppe) ift. at reflektere over deres udfordringer og betydningen af at kunne håndtere det bedre. Det kan være årsagen til, at der ses et større frafald hos de unge.

³¹ Den fulde frafaldsanalyse kan ses i bilagstabellerne B4-5 til B4-10.

5. KOMMUNERNES ARBEJDE MED PROGRAMMERNE

I dette kapitel ser vi på deltagerkommunernes implementering af programmerne i projektet. Vi beskriver implementeringskonteksten, dvs. organiseringen af programmerne, og de deltagende kommuners organisatoriske parathed forud for opstarten af projektet. I afsnit 5.2 beskrives kommunernes fidelitet og metodeloyalitet i implementeringen af R&R2-ADHD og tilsvarende for YBP i afsnit 5.3. Graden af metodeloyaliteten har betydning for vurderingen af resultater og effekter i projektet og giver samtidig en indikation af, hvilke elementer kommunerne har haft hhv. let eller svært ved at implementere. I afsnit 5.4 beskrives de drivkræfter og barrierer, kommunerne har oplevet i implementeringen af R&R2-ADHD og YBP.

KAPITLETS HOVEDKONKLUSIONER



- R&R2-ADHD er implementeret i en kommunal kontekst som tilbud på hhv. beskæftigelsesområdet, i voksenspecialundervisningen og som tilbud i en enhedsforvaltning på tværs af beskæftigelses- og socialområdet.
- R&R2-ADHD er implementeret med høj metodeloyalitet i de tre kommuner. Der er i høj grad undervist i det beskrevne indhold, og tiltænkte undervisningsteknikker er anvendt i udbredt grad.
- Deltagerne i R&R2-ADHD oplever, at indhold og undervisningsform i R&R2-ADHD-sessionerne giver mening. Det underbygges af såvel undervisernes selvevaluering og deltagerudsagn fra kvalitative interviews.
- Alle deltagere på R&R2-ADHD har fået PAL-støtte.
- PAL-funktionen er afprøvet med forskellige typer af PAL. Der er overvejende bedst erfaring med en professionel PAL-funktion.
- Deltagere i R&R2-ADHD responderer positivt på, at forløbet har karakter af et kursus. Samtidig udtrykker programledere, at forløbets kursuspræg kobler sig godt til en kommunal ambition om at udbyde tilbud med mindst mulig karakter af socialt tilbud, som retter sig mod fokus på mestring.
- YBP-programmet er gennemført som det individuelt tilrettelagte modulopbyggede coaching-forløb, det er tiltænkt som. Der anvendes mere end halvdelen af det anbefalede modulindhold i gennemførelsen.
- Der er et stort fravær fra YBP-sessioner hos deltagere, men deltagere, der fremmøder, vurderes at have et stort engagementet.
- De kvalitative erfaringer med YBP dækker over både gode erfaringer med struktur og arbejdsform til et individuelt forløb, men også erfaringer med, at moduler ofte behøver tilpasning for at møde de individuelle behov.

Datagrundlaget for implementeringsanalysen består af:

- Spørgeskemaundersøgelse om organisatorisk parathed målrettet medarbejdere, projektleder og projektejer (projektejer har typisk været afdelingsleder eller forvaltningschef i kommunen)

- Spørgeskemaundersøgelse (selvevaluering) om fidelitet målrettet medarbejdere og projektledere
- Kvalitative interviews med medarbejdere, projektledere og projektejere (ledere/chefer) i de tre deltagerkommuner.

Analysens fund er udledt på baggrund af en tematisk kodning af interviewene med inddragelse af spørgeskemabesvareelserne.

5.1 Implementeringskontekst

Programmerne er implementeret i tre kommuner: Odense Kommune, Lolland Kommune og Allerød Kommune. Dvs. at programmerne udelukkende er implementeret og afprøvet med en kommunal forankring. Flere af kommunerne peger imidlertid på, at programmerne også kunne være relevante at udbyde med afsæt i en anden forankring, fx i regioner, i patientforeninger, på uddannelsesområdet eller, som det har været afprøvet i andre lande; Kriminalforsorgen.

De tre kommuner adskiller sig i størrelse og geografi ved både at repræsentere en stor, mellemstor og lille kommune og by- og landkommuner. I de tre kommuner er projektet forankret som tilbud på forskellig vis.

I **Odense Kommune** er R&R2-ADHD forankret under kommunens udbyder af Voksenspecialundervisning (VSU) i Center for Specialundervisning for Voksne (CSV), der organisatorisk hører under uddannelsesområdet i Odense Kommunes Beskæftigelses- og Socialforvaltning. Denne forankring er valgt, fordi programmet har et overlappende målgruppefællesskab med de kursister/elever, der i forvejen kommer på CSV. Samtidig har tilbuddet karakter af at være kursus/uddannelse og er dermed naturligt forankret i et uddannelsesmiljø. Placeringen er også valgt ud fra en forventning om, at det kobler projektet til oplagte samarbejdspartnere, der forventes at være de vigtigste 'henvisere' af borgere til forløbet, herunder sagsbehandlere i Beskæftigelses- og Socialforvaltningen, fra Ungdommens Uddannelsesvejledning samt psykiatere fra bl.a. Odense Universitetshospitals ADHD-center. Odense Kommune har for så vidt angår YBP-forløbene placeret denne opgave hos psykiatere i Odense Kommunes sociallægeinstitution.

I **Lolland Kommune** er R&R2-ADHD forankret som en del af Jobcenter Lollands tilbudsvifte for unge og voksne modtagere af uddannelseshjælp og kontanthjælp, der organisatorisk hører under kommunens Social- og Arbejdsmarkedsforvaltning. Denne forankring er valgt ud fra en forventning om, at der ville være en stor gruppe af relevante deltagere blandt disse grupper af ledige i kommunen. Med den forankring har projektet i Lolland haft et godt fundament for at blive kendt som tilbud hos fagprofessionelle fra jobcentret og Ung Lolland (kommunens tværfaglige ungeenhed), der har relevant kontakt til målgruppen for R&R2-ADHD. Samtidig har projektet taget initiativer i projektperioden til at blive kendt som tilbud hos andre samarbejdspartnere, fx produktionsskolen og Ungdommens Uddannelsesvejledning. Lolland Kommune har i projektet etableret samarbejde med en privat anden aktør (hjerneskadecentret BOMI) om YBP-forløbene, hvor en medarbejder, der har de påkrævede faglige kompetencer, har varetaget disse forløb. Der har også med BOMI været et indledende samarbejde om gennemførelsen af de første R&R2-ADHD-forløb samt PAL-støtte.

I **Allerød Kommune** er R&R2-ADHD forankret på Voksenområdet i en enhedsforvaltning, der dækker såvel programmer på det sociale som det beskæftigelsesrettede område og organisatorisk hører under kommunens Center for Borgerservice. R&R2-ADHD-forløbet gennemføres med ressourcer, der dels er frikøbt fra Voksenområdet til projektledelse, dels til underviserrollen på R&R2-ADHD-forløbene. Desuden er der indgået aftale med en privat aktør om undervisning på R&R2-ADHD-forløb samt til PAL-opgaven. Allerød har ligesom Lolland også etableret samarbejde med hjerneskadecentret BOMI om YBP-forløbene.

5.1.1 Programmet dækker et hul i tilbudsviften

Kommunerne i projektet og samarbejdspartnere fra især psykiatrien fremhæver, at programmet er et tilbud, der ikke findes tilsvarende i hverken kommunerne eller i psykiatrien. Det dækker på den måde et hul i tilbudsviften til voksne borgere, der har ADHD eller tilsvarende vanskeligheder.

"Der findes ikke mestringsforløb for målgruppen i den eksisterende tilbudsvifte i kommunen. De erfaringer, vi har fået fra dette program, har dannet ramme om, at vi kommer til at kigge på, om vi har andre målgrupper, som vi skal iværksætte noget tilsvarende for, og tage inspiration af den her forløbs- eller pakke-tankegang."

Projektejer (forvaltningschef) i deltagerkommune



"Medicinering er ikke den vigtigste behandling af ADHD-patienter. Det vigtigste er, at man får nogle redskaber til at skabe den struktur og impuls kontrol, som er nogle af de største udfordringer for gruppen. R&R2 er et vigtigt tilbud, som i mine øjne mangler i tilbudsviften i både psykiatrien, i kommuner og hos andre aktører. Der findes tilbud i børne- og ungepsykiatrien, hvor skellet er ved 20 år. Derfor har voksne i dag ikke samme adgang til at få psykoedukation og kognitiv træning."

Psykiater, der har henvist til R&R2-ADHD



Desuden fremhæver projektere og projektledere, at implementeringen af R&R2-programmet er sket på et tidspunkt, hvor kommunens strategi på social- og beskæftigelsesområdet samtidig er præget af en ambition om at udbyde tilbud med mindst mulig stigmatisering, som samtidig retter sig mod fokus på mestring og selvforsørgelse. Forløbet er derfor i organisationen italesat og koblet til den udvikling og strategi i kommunerne.

5.1.2 Organisatorisk parathed i kommunerne

I opstartsfasen af kommunernes projektperiode er der gennemført en parathedsanalyse med henblik på at afdække, om kommunerne har haft den tilstrækkelige kompetencemæssige, ledelsesmæssige og organisatoriske parathed til at implementere programmerne. Målingen, der består af en række spørgsmål vedr. engagement, motivation, ressourcer, ledelsesmæssig støtte mv., er besvaret af både ledere og medarbejdere involveret i projektprogrammet. Denne måling viser, at respondenterne i kommunerne generelt er helt eller delvis enige i, at:

- de både ønsker og er motiverede for at implementere programmerne
- de føler sig sikre på, at ledelsen kan få folk engageret i at implementere programmerne
- de føler sig sikre på at få den nødvendige støtte fra kommunen til at tilpasse sig arbejdet med programmerne
- kommunen har de ressourcer, der skal til for at implementere programmerne.

5.1.3 Certificerede trænere og færdigudviklede undervisningsmaterialer

Alle medarbejdere i deltagerkommunerne, der underviser på R&R2-ADHD samt YBP, er akkrediterede som trænere via en **R&R2-ADHD-træneruddannelse (3 dage) og har deltaget i en YBP-workshop (2 dage)** gennemført af programudvikler Susan Young. Desuden er der udleveret manual og undervisningsmaterialer til alle certificerede R&R2-ADHD-trænere, der udførligt og for hver session beskriver undervisningsindhold, sessionsmål, metoder, redskaber og fremgangsmåde. Der er således passager og øvelsesinstruktioner til hver session, der skal læses op af træneren. Der er en håndbog til alle deltagere, der kort opsummerer pointer og redskaber fra hver session og indeholder hjemmeopgaver, ligesom der er udviklet målrettet materiale til personer, der udfylder PAL-funktionen, i form af en PAL-guide.

"Det er positivt for os, at det har karakter af et kursus og ikke behandling eller socialt tilbud. Det handler om at lære noget nyt, som er meget praktisk orienteret, hvor deltagerne får nogle konkrete redskaber, som de kan tage med hjem og træne."

Projektejer i deltagerkommune



"Det, der er anderledes, er, at det er et kursus med undervisning. Deltagerne er der ikke som klienter eller borgere. De er der som kursister. Det giver rigtig meget mening for os som kommune, at der er en del af tilbudsviften, der bare handler om at mestre hverdagen. Helt 'basic' - hvordan får man en god hverdag."

Projektleder i deltagerkommune



5.2 Fidelitet og metodeloyalitet i R&R2-ADHD og PAL-støtten

I følgende afsnit beskrives det nærmere, i hvilken grad kommunerne i projektet har implementeret programmerne med de krav, der er til gennemførelse og tilrettelæggelse, og dermed om programmerne er gennemført med en høj grad af fidelitet.³² Kravene i R&R2-ADHD er, at:

1. trænere gennemfører R&R2-ADHD-sessioner med høj grad af metodeloyalitet
2. deltagerne oplever, at sessionernes indhold giver mening, og at der arbejdes konstruktivt
3. deltagerne får en PAL, som er gennemgående i forløbet, og som er introduceret til rollen.

I projektet er kommunernes fidelitet i forhold til de tre krav blevet målt gennem trænerens besvarelse af et spørgeskema (553 målinger i alt på R&R2-ADHD og 152³³ på PAL).

5.2.1 Krav 1: R&R2-ADHD er gennemført med høj metodeloyalitet i de tre kommuner

I R&R2-ADHD-forløbet er der et stort fokus på fidelitet med henblik på meningsfuldt at kunne vurdere, om programmerne kan overføres til og implementeres under danske forhold med de kendte implementeringsdrivkræfter, som bl.a. er metoder og redskaber beskrevet i manualen og i træneruddannelsen.




De indsamlede selvevalueringer fra trænere i projektet viser, at R&R2-ADHD-sessionerne er implementeret med høj metodeloyalitet i de tre kommuner, og at sessionerne giver mening for deltagerne. Til vurderingen af metodeloyaliteten i sessionerne ser vi på tre målsætninger for trænerens gennemførelse af R&R2-ADHD-sessionerne. De tre målsætninger er undervisningsindhold, undervisningsteknik, og at sessionernes mål er indfriet. Her ser vi, at trænere især vurderer, at de i sessionerne (i nogen grad eller høj grad) er lykkedes med at indfri sessionernes mål (99 pct.). Trænere vurderer desuden i 86 pct. af sessionerne, at de i nogen eller høj grad har arbejdet med det indhold, manualen foreskriver for sessionen, og at de i 82 pct. af sessionerne har anvendt 5 ud af de 7 undervisningsteknikker (fx at have givet positiv feedback, anvendt det skriftlige materiale, forstærket prosociale udsagn og anvendt spejling, arbejdet med motivation etc.), som manualen anbefaler. De teknikker, som har været anvendt i mindre grad, er fx at have adresseret negative udsagn (35 pct.) og anvendt rollespilsteknikker (23 pct.).

Samlet tyder det på en høj grad af metodeloyalitet i gennemførelsen af R&R2-ADHD i de tre kommuner. Det understøtter også den oplevelse, underviserne i de tre kommuner har haft af, at programmet er muligt at gennemføre med afsæt i den uddannelse (certificering) og de undervisningsmaterialer, der er stillet til rådighed.

³² Fidelitet henviser til graden af nøjagtighed, hvormed et program er implementeret. Fidelitet er med andre ord et udtryk for metodeloyalitet, og for at kerneelementerne er blevet implementeret efter intentionen.

³³ PAL-data er suppleret med valideringer hos kommunerne.

Table 5.1: Høj metodeloyalitet på tværs af sessioner indenfor tre målsætninger

		Pct.	Beskrivelse
	Undervisningsindhold	86 pct.	<i>Undervisningsindhold</i> er andelen af sessioner, hvor træneren har svaret "I nogen grad" eller "I høj grad" til samtlige indholdskategorier pr. session.
	Undervisningsteknik	82 pct.	<i>Undervisningsteknik</i> er andelen af sessioner, hvor træneren har svaret "I nogen grad" eller "I høj grad" til anvendelsen af 5 ud af 7 mulige undervisningsteknikker.
	Sessionsmål indfriet	99 pct.	<i>Sessionsmål indfriet</i> er andelen af sessioner, hvor træneren har svaret "I nogen grad" eller "I høj grad".

Note: N=554

Foruden de 15 sessioner på R&R2-ADHD-forløbet er der som nævnt også mulighed for at tilbyde tre booster-sessioner til deltagere efter endt forløb. I programhåndbogen foreslås det at afholde dem 6-12 måneder efter afsluttet hovedforløb, men det er op til udbyderen at vurdere behovet. Ikke alle kommuner i projektet har afholdt booster-sessioner. I to af kommunerne har det været nødvendigt at prioritere ressourcerne på hovedforløbet, og i den tredje har man implementeret booster-sessioner. Her har man afviklet dem hhv. 1 og 3 måneder efter hovedforløbets afslutning. Projektlederen har her vurderet, at denne fremrykning har været vigtig for at fastholde deltagerne i at anvende redskaberne.

5.2.2 Gruppetræneres erfaringer med den manualbaserede tilgang

Programmet R&R2-ADHD er et manualbaseret program og er i dette projekt afprøvet i en kommunal kontekst, hvor der ikke er stor tradition for eller erfaring med anvendelse af manualbaserede programmer med fast struktur, rammer, metoder og indhold. Som ovenstående viser, er R&R2-ADHD dog implementeret med høj fidelitet ift. manualens indhold og undervisningsteknikker. Her fremhæves konkrete praksiserfaringer med den manualbaserede tilgang. Erfaringerne fra R&R2-ADHD-trænere er gennemgående:

- R&R2-ADHD-programmets modulopbygning har et didaktisk afsæt og en integreret opbygning. Derfor er det vigtigt ikke at udelade sessioner eller ændre rækkefølge og opbygning.
- Sessionernes stramme struktur kan for trænere og deltagere virke stiv, og den adskiller sig fra en dansk undervisningstradition, men erfaringen er, at det giver en god struktur for deltagerne, som samlet set befinder sig godt med de tydelige rammer og det forudsigelige forløb. Manualen sikrer, at undervisningen ikke i lige så høj grad bliver afsporet af individuelle særinteresser eller indskydelser.
- Man skal som træner finde ud af at integrere relationsarbejde og personlig autenticitet i undervisningen uden at ændre indhold og arbejdsform. Det handler om at være en autentisk og "levende" formidler, selvom man underviser med afsæt i en manual. Trænerne oplever, at når de hen ad vejen formår det, bliver deltagerne mere engagerede, og energien i undervisningen højnes. Men det kræver tid, og derfor er erfaringen fra trænerne, at man skal have tålmodighed med at finde den balance, som måske først kommer efter gennemførelse af flere holdforløb. For at skabe bedre afsæt for relationsarbejdet har flere af kommunerne afsat tid før/efter sessionen til fælles uformelt samvær, fx med morgenmad.

"Før vi gik i gang, havde vi en bekymring om, hvorvidt underviserne ville se det som meget begrænsende at arbejde med et manualbaseret forløb, men vi så det også som et godt udviklingspotentiale. Vi fandt så også ud af, at det er godt, at der er en mere styret proces. Tit så opdager man nogle nye mål, når man kommer i gang, og så kan man være tilbøjelig til at stikke i den retning. Det tilfører noget godt, at man får sat rammen lidt skarpere op, og det bliver ikke så let afsporet."

Forvaltningschef i kommune



5.2.3 Krav 2: R&R2-ADHD giver mening for deltagerne, og de arbejder konstruktivt på sessionerne

"Jeg kunne virkelig spejle mig i de andre. Det var virkelig en øjenåbner at være sammen med folk, der har de her udfordringer, ligesom jeg har."

Deltager på R&R2-ADHD



I forhold til det andet krav for gennemførelse af programmet ser vi med afsæt i trænerens selv-evalueringer (se figur 5.2 nedenfor), at deltagerudbyttet er stort. Dette er vurderet på baggrund af besvarelserne om, hvorvidt træneren vurderer, at øvelser og eksempler anvendt i sessionen har givet mening for deltagerne (97 pct.), og at der i sessionerne har været en konstruktiv atmosfære i gruppen (98 pct.). Interviewede deltagere³⁴ underbygger gennemgående trænerens oplevelse af, at undervisningsform og indhold har appelleret til deltagerne, især med sin karakter af kursus, og fordi deltagerne har kunne spejle sig i de øvrige deltageres udfordringer og erfaringer.

"Normalt er jeg ikke til gruppeterapi, men jeg synes faktisk, det var okay, når nu det var mere undervisningsagtigt. Og jeg synes faktisk, sammensætningen var ret god. Den yngste var i starten af 20'erne, og den ældste et par og halvtreds. Det synes jeg var fint. Jeg er selv 35."

Deltager på R&R2-ADHD



"Jeg har ikke så gode erfaringer med skolen, men det her var helt anderledes. Det var ikke noget med at sidde i en eller anden åndssvag gruppe og analysere en novelle eller sådan. Alt, hvad vi havde på kurset, var noget, man kunne bruge i sit eget liv. Det var krævende, men godt."

Deltager på R&R2-ADHD






Trænerne anfører dog også, at der i 19 pct. af sessionerne opstod atypiske vanskeligheder. Trænerne har i interviews forklaret, at det fx har været, hvis eksempler, der er læst op af manualen, ikke har givet mening for deltagerne i en grad, hvor de har haft svært ved at relatere situationen til egne oplevelser. Disse situationer har været mest udtalt i Odense Kommune, som var den første til at afprøve R&R2-ADHD. Odense har på den foranledning også bidraget til Socialstyrelsens opdatering af manualen ved at pege på passager og øvelser i undervisningsmaterialet, som har trængt til en omskrivning til nutidige samt danske forhold.

Manualen er således undervejs blevet opdateret, og målingerne viser, at der er opstået færre atypiske situationer i undervisningen på senere hold (jf. figur 5.3). Disse tilpasninger oplever trænerne har styrket deltagernes forståelse af indholdet, og konkret har det betydet, at der siden er opstået færre situationer, hvor deltagerne har haft svært ved at relatere sig til de eksempler og øvelser, der ligger i sessionerne.

³⁴ 6 deltagere (2 i hver kommune) er interviewet ifm. slutevalueringen.

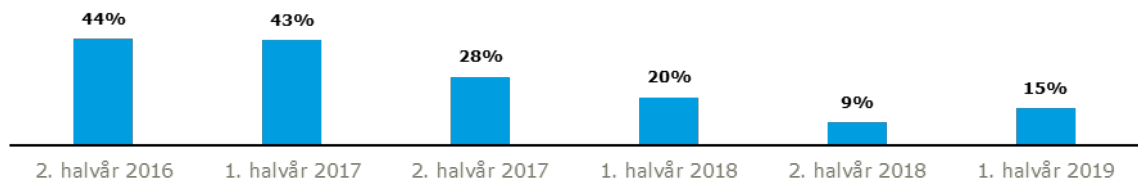
Andre atypiske situationer, som trænerne har anført, er eksempelvis, når deltagerne har haft svært ved at være i undervisningsrummet (fx pga. angst) eller har reageret med følelsesudbrud ift. emner, der er gået for tæt på for den enkelte.

Tabel 5.2: Deltagernes generelle udbytte af R&R2-ADHD-forløbet

		Pct.	Beskrivelse
	Mening for deltagere	97 pct.	<i>Mening for deltageren</i> er andelen af sessioner, hvor træneren har svaret "I nogen grad" eller "I høj grad" til, at både eksempler og øvelser gav mening for deltagerne.
	Konstruktiv atmosfære	98 pct.	<i>Konstruktiv atmosfære</i> er andelen af sessioner, hvor træneren har svaret "I nogen grad" eller "I høj grad" til, at atmosfæren i gruppen var konstruktiv.
	Atypiske vanskeligheder indfriet	19 pct.	<i>Atypiske vanskeligheder</i> er andelen af sessioner, hvor træneren har svaret "I nogen grad" eller "I høj grad" til, at der opstod atypiske vanskeligheder.

Note: N=553

Figur 5.1: Udviklingen over tid i andelen af sessioner, hvor der opleves atypiske vanskeligheder (pct.)



Note: N: 553. Andel af sessionerne, hvortil træneren har svaret "I nogen grad" eller "I høj grad" til, at der opstod atypiske vanskeligheder.

5.2.4 Krav 3: PAL-støtte implementeret med høj fidelitet

I R&R2-ADHD-programmet er det et krav, at deltagerne kobles med en PAL (Participants Aid for Learning). Det er det, fordi en stor del af udbyttet fra forløbet afhænger af, at deltagerne får afprøvet/implementeret redskaberne og teknikkerne fra undervisningen i deres egen hverdag. Til at understøtte denne transfer fra det teoretiske til det praktiske har PAL en central rolle. PAL har derfor en coachende rolle for deltagerne og skal støtte dem i de hjemmeopgaver, de har mellem sessionerne. Rollen skal varetages af en person valgt af deltageren, fx en ven, en forælder, professionel støtteperson, mentor eller lignende.

"Selve kurset har virkelig givet mig kendskab til mange redskaber, som jeg kan bruge i min hverdag. Der var mange ting, jeg kunne bruge direkte, men det var også noget, der skulle arbejdes videre med sammen med [navn på PAL]."

Deltager på R&R2-ADHD



Fra trænerens besvarelse af spørgeskemaer vedr. PAL-støtte ses, at stort set alle deltagere har fået en PAL (99 pct.). Der ses samtidig en stor kontinuitet i tildelingen af PAL til deltagerne, hvor 96 pct. har haft den samme PAL i hele forløbet.





"En fordel ved PAL-funktionen, som jeg har oplevet det, er den her struktur, der er i undervisningsopsætning og i PAL-guiden. Man kan hurtigt som PAL afkode, hvad den konkrete opgave er i funktionen. PAL-guiden har været uundværlig for mig. Selvom man ikke er en del af undervisningen, har man en fin føling med, hvad der foregår."

PAL til deltager på R&R2-ADHD



Det fremgår også af spørgeskemabesvarelsenerne, at alle PAL har fået en introduktion til rollen og fået udleveret PAL-guiden. Denne introduktion er vigtig, fordi opgaven er anderledes bundet op på kursusindholdet end en mentorrolle, der traditionelt rummer større metodefrihed og frihed, ift. hvad støtten skal fokusere på fra gang til gang. En PAL fra forløbet oplever, at denne struktur for PAL-støtten er en god måde at arbejde med mentorstøtte på, fordi støtten får et konkret ophæng.

Tabel 5.3: Fidelitet ift. anvendelse af PAL

		Pct.	Beskrivelse
	Deltagere får PAL	99 pct.	<i>Deltager får PAL er fremkommet ved en validering af tal med den enkelte kommune.</i>
	Deltagervalgt PAL	35 pct.	<i>Deltagervalgt PAL er andelen, hvor træneren har svaret "Ja" til, at deltageren selv har valgt sin PAL. ^{a)}</i>
	Kontinuitet i PAL	94 pct.	<i>Kontinuitet i PAL er andelen, hvor træneren har svaret "Nej" til, at deltageren har skiftet PAL i forløbet. ^{a)}</i>
	PAL får introduktion	100 pct.	<i>PAL får introduktion er andelen, hvor træneren har svaret "Ja" til, at PAL har fået introduktion i PAL-funktionen, og at PAL har fået udleveret PAL-guiden. Kun de, som har haft samme PAL, har svaret på dette spørgsmål. ^{a)}</i>

Note: a) Bygger på datasæt med 66 observationer i Odense, 45 observationer i Lolland og Allerøds egen opgørelse.

Det ses af målingerne, at elementet omkring deltagerens eget valg af PAL er indfriet i mindre grad i projekterne. Det kan hænge sammen med, at to af de tre kommuner har valgt en tilgang til PAL-støtten, hvor der som udgangspunkt er tilbudt deltageren en professionel PAL, som enten har været underviser på andre R&R2-ADHD-hold eller en mentor/støtteperson-funktion i kommunen (se nedenfor vedr. erfaringer med forskellige typer PAL).

5.2.5 Erfaringer med forskellige typer PAL

De tre projekter har valgt forskellige tilgange til, hvilke typer af PAL der tilbydes deltagerne på forløbet. Overordnet kan PAL-funktionen inddeles i to typer. Den ene type er den professionelle PAL, som deltageren enten allerede kender/er tilknyttet, eller en ny person, som deltageren får tilknyttet i forbindelse med forløbet (fx mentorer, støttekontaktpersoner, R&R2-ADHD-trænere eller frivillige fra et frivilligt mentorkorps). Den anden PAL-type er personer fra borgerens personlige netværk (fx venner, familie, ægtefælle/partner). Af nedenstående tabel fremgår en procentvis fordeling af, hvilke af disse to PAL-typer projekterne har anvendt til deltagerne.

Tabel 5.4: Fordelingen af PAL, som kommer fra hhv. deltagerens personlige og professionelle netværk (pct.)

	Lolland	Odense	Allerød
Personligt netværk	0 pct.	49 pct.	2 pct.
Professionelt netværk, inkl. frivillige	100 pct.	51 pct.	98 pct.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata og validering hos kommunerne. I Allerød bygger det på valideringen hos kommunen.

I Lolland Kommune og Allerød Kommune har man som udgangspunkt tilknyttet professionelle PAL til deltagerne. Vurderingen har været, at ganske få deltagere har haft personer i deres netværk,

som har ressourcer til at påtage sig rollen, eller at familiemedlemmer har været for personligt involveret i nogle af deltagerens udfordringer til at være en neutral PAL. Lolland Kommune og Allerød Kommune har derfor udelukkende koblet deltagerne med PAL fra borgerens professionelle netværk, bl.a. R&R2-ADHD-trænere, mentorer eller støttekontaktpersoner, som borgeren i forvejen var i kontakt med eller fik tilknyttet i forbindelse med deltagelse. I flere tilfælde er støtten blevet forlænget efter forløbets afslutning.

I Odense Kommune har man både anvendt PAL fra deltagerens personlige netværk og professionelle PAL (jf. Tabel 5.4). PAL fra deltagerens personlige netværk har både været familiemedlemmer (14 pct.), en ven (16 pct.) eller en kæreste/ægtefælle/partner (17 pct.). PAL fra det professionelle netværk har været R&R2-ADHD-trænere fra parallelle hold eller personer fra andre tilbud i samme organisation, mentorer eller andre kommunale støttepersoner. Odense Kommune forsøgte i projektets opstartsfasen at etablere en aftale med et frivilligt mentorkorps hos ADHD-foreningen, men det lykkedes ikke at lave nogle konkrete match med deltagere, da der blev dannet hold.

Projektledere fra de tre projekter giver udtryk for, at egnede PAL fra det personlige netværk kan være svære at finde, og at dele af målgruppen konkret kan være udfordret ved at have et svagt personligt netværk. Lykkes det imidlertid, kan en PAL fra det personlige netværk være en god og mere længerevarende støtte end en professionel PAL, som oftest tildeles som en midlertidig hjælp. Som både en deltager og en professionel PAL udtrykker det, kan der for deltageren opstå et tomrum og en risiko for tilbagefald, hvis den professionelle PAL-støtte ikke kan forlænges efter forløbet.

"Man sætter jo noget i gang med R&R2 og PAL-støtten - en udvikling. Folk kommer i en sårbar proces. Der har det været rigtig godt, at jeg har kunnet tale ind i programmet og redskaberne. Det har virkelig gjort noget godt for [deltagers navn], at han fik en bevilling til, at jeg kunne fortsætte som hans mentor."

Professionel PAL

//

"Jeg var nærmest skrækslagen, da vi stoppede. Ulempen ved at have en neutral eller udefrakommende PAL, det er, at al den information, man har delt, kan være væk. Eller ikke væk, men jeg kan jo ikke forlange mere af relationen. Så det frygtede jeg meget."

Deltager med professionel PAL

//

Omvendt er det en erfaring fra projektlederne og trænerne, at ved at tilbyde professionelle PAL sikres deltagerne en meget stabil PAL-støtte fra en professionel medarbejder, der har fået stillet det som funktion og opgave at yde deltageren den påkrævede støtte på de fastlagte tidspunkter mellem hver session. Desuden har de professionelle PAL ofte også en erfaring og indsigt i kognitiv metode/træning og med coachende tilgange i vejledningsarbejde målrettet sårbare borgere – en erfaring, som kan være medvirkende til, at PAL-støtten bliver kvalitativt bedre og styrker deltagerens udbytte af forløbet.

5.3 Implementeringen af YBP-programmet

Det følgende afsnit beskriver, hvordan YBP er blevet implementeret i kommunerne i projektet. YBP er et individuelt og mere fleksibelt program end R&R2-ADHD, men bygger på de samme elementer som R&R2-ADHD-forløbet. YBP gennemføres med afsæt i 12 moduler, som sammensættes efter deltagerens behov. YBP er ikke manualbaseret som R&R2-ADHD, men YBP-terapeuten har adgang til en håndbog, som anbefaler indholdselementer, undervisningsteknikker, hjemmeopgaver og understøttende undervisningsmateriale for hvert modul. Deltagelse i YBP er ligesom deltagelse i R&R2-ADHD frivilligt. Deltagere er bl.a. henvist til YBP i flere tilfælde, men primært i en af nedenstående situationer:

1. Som alternativ til R&R2-ADHD, hvis deltageren af forskellige årsager har haft problemer med at deltage i et gruppebaseret forløb (fx grundet svær opmærksomhedsforstyrrelse, angst, aggression/impulsivitet eller anden sårbarhed). Det har både været deltagere, som henvises direkte efter RATE-S og henvisningssamtale, samt deltagere, der er startet, men droppet ud af R&R2-ADHD.
2. Som overbygning/forlængelse af R&R2-ADHD, hvis der har været et behov for at arbejde mere en-til-en med specifikke udfordringer hos deltagere, der har gennemført R&R2-ADHD-forløbet, eller hvis nogle af de supplerende moduler på YBP har været relevante for deltageren (fx vedr. stofmisbrug).

YBP-forløbet afvikles individuelt i samarbejde med en terapeut, som er uddannet psykolog, eller som har erfaring med 1:1-terapi/coaching. Forløbet afvikles henover et antal mødegange med afsæt i udvalgte moduler/temaer, som deltageren sammen med YBP-terapeuten planlægger og vælger tidsramme og indhold for. I 99 pct. af YBP-forløbene er modulerne, der arbejdes med, udvalgt i samarbejde med deltageren. Et modul indeholder både psykoedukative elementer på et overordnet niveau, og derefter arbejder man med afsæt i deltagerens individuelle udfordringer og med coaching i mestringsstrategier og hjemmeopgaver.

YBP har som nævnt en friere struktur end R&R2-ADHD, idet det ikke er manualiseret, men modulopbygget med anbefalede undervisningsteknikker og materialer til hvert modul. I projektet er implementeringen og gennemførelsen af YBP blevet målt efter hvert modul gennem terapeuternes besvarelse af et selvevaluerende spørgeskema (403 målinger fordelt på 43 deltagere). Der har været en del aflysninger fra de planlagte sessioner, hvor ca. 40 pct.³⁵ er blevet aflyst. Data i det følgende bygger derfor på de 250 sessioner, som blev afholdt planmæssigt.

5.3.1 YBP's friere struktur afspejler sig i gennemførelsen af modulerne

YBP har en friere struktur end R&R2-ADHD. I denne del af implementeringsevalueringen beskrives det, hvordan YBP er gennemført i projektkommunerne. Der er blevet målt på nogle af de samme målsætninger som i R&R2-ADHD, nemlig: undervisningsindhold, undervisningsteknikker samt deltagerengagement. Det er naturligt, at der vil være en større variation i gennemførelsen af YBP-sessionerne, som netop har en friere struktur, hvor modulindholdet i et vist omfang skal tilpasses den individuelle deltagers behov, problemstillinger og dagsform.

De indsamlede selvevalueringer fra terapeuterne i projektet viser, at YBP-sessionerne i høj grad er gennemført som det modulopbyggede forløb, det er tiltænkt som. Terapeuterne svarer, at de i gennemsnit har arbejdet med 1,6 modultemaer pr. mødegang. Det vidner om, at terapeuterne på YBP-forløbet arbejder i dybden med få modultemaer sammen med deltageren fremfor at sprede sig over mange temaer pr. session.

YBP-terapeuterne vurderer efter hver session med deltageren, i hvor høj grad de har anvendt modulets 5 indholdselementer. Som eksempel på anbefalede indholdselementer i et modul, se nedenstående Tabel 5.5.




³⁵ I 11 pct. af tilfældene aflyser YBP-terapeuten, i 62 pct. af tilfældene aflyser deltageren, og i 27 pct. af tilfældene er der en anden årsag. Fra de åbne svar fremgår det dog, at det oftest er udfordringer hos deltageren, som giver anledning til aflysningen.

Tabel 5.5: Anbefalede indholdselementer i angst-modul

Modul	Indholdselement i modulet
Angst	1. Udredning om angst
	2. Psykoedukation om angst
	3. Konkrete strategier til angsthåndtering
	4. Hjemmearbejde ift. angsthåndtering
	5. Deltageren noterer sig succesfulde strategier og teknikker til angsthåndtering i sin notesbog

YBP-terapeuternes selvevalueringer viser, at de i gennemsnit har anvendt 3,3 af modulernes indholdselementer i sessionen med deltageren. Det vidner om, at der på YBP-modulerne er en relativt høj anvendelse af det foreslåede indhold, men at der også har været behov for at fravige indholdet i nogle tilfælde. Hvis det femte indholdselement, om hvorvidt deltageren har noteret sig succesfulde strategier fra modulet, betragtes særskilt, har terapeuterne i 40 pct. af modulerne vurderet, at deltageren "I høj grad" eller "I nogen grad" har taget strategier og teknikker til sig. Det vidner om, at det på tværs af moduler er op mod halvdelen af deltagerne, der går fra sessionen med strategier og teknikker til at håndtere deres udfordringer.

Tabel 5.6: Anvendelse af undervisningsindhold og -teknikker i YBP-sessioner samt deltagerengagement

	Anvendelse	Beskrivelse
	Undervisningsindhold 3,3 indholdselementer (gns.)	<i>Undervisningsindhold</i> er gennemsnitlig anvendelse af de 5 mulige indholdselementer. Gennemsnittet er indholdselementer, som terapeuten har anvendt "I nogen grad" eller "I høj grad" i de gennemførte sessioner.
	Undervisningsteknik 62 pct.	<i>Undervisningsteknik</i> er andelen af terapeuter, som har svaret "I nogen grad" eller "I høj grad" til anvendelsen af mindst 5 ud af 7 mulige undervisningsteknikker/redskaber.
	Deltagerengagement 94 pct.	<i>Deltagerengagement</i> er andelen, hvor terapeuten har svaret, at deltageren "I høj grad" eller "I nogen grad" har været engageret i sessionen.

I forhold til anvendelsen af de 7 anbefalede undervisningsteknikker, så viser terapeuternes besvarelser, at de i 62 pct. af modulerne har anvendt mindst 5 ud af 7 af de mulige undervisningsteknikker (fx at have givet positiv feedback, anvendt det skriftlige materiale, forstærket prosociale udsagn og anvendt spejling). Det vidner om en variation på tværs af sessioner i, hvor meget YBP-terapeuterne har anvendt de beskrevne undervisningsteknikker.

I interviews med YBP-terapeuter ses som i målingen en lignende variation i, hvor anvendelig modulernes redskaber og skemaer opleves af terapeuterne. Interviewede YBP-terapeuter peger på både fordele og ulemper ved den modulbaserede struktur og ved modulernes undervisningsmaterialer. Det har for en terapeut været oplevet positivt, at programmet tilbyder en struktur og nogle meget konkrete opgaver og arbejdsformer til samarbejdet med deltageren, mens denne struktur for en anden terapeut har været oplevet som begrænsende og ikke altid tilstrækkelig. Her har terapeuten oplevet et behov for at supplere med andre metoder, arbejdsformer mv.

"Jeg har været meget begejstret for at arbejde med programmet, fordi det er meget konkret og hængt op på hjemmeopgaver. Det er mindre samtaleterapi og mere adfærdstræning med fokus på, at deltageren skal ændre noget i sin adfærd og tankemønstre. Når det er sagt, så er der også psykologarbejde i det, og kommer deltageren en dag og er meget ked af det, så bliver man nødt til at tage sig af det og møde deltageren der, hvor de er. Så der skal være plads til en fleksibilitet i arbejdet med programmet."

YBP-terapeut



"Min oplevelse er, at ideen med moduler er god, men også at det bliver lidt ufleksibelt at arbejde med og nogle gange førte til frustration hos deltagerne, hvis det var noget andet, der fyldte. Så kan man som terapeut godt komme i tvivl om, hvor legalt det er at lave tilpasninger. Er det ok at modul-hoppe eller blot at afvige fra arbejdsformen. Redskaberne og skemaerne er en styrke for mange af deltagerne med lavt funktionsniveau, men for dem med højere funktionsniveau kan det virke patroniserende."

YBP-terapeut



De indsamlede selvevalueringer viser som tidligere nævnt, at der på YBP-modulerne er blevet afholdt 62 pct. af de planlagte moduler. Deltagerne har således på 38 pct. af modulerne aflyst eller er udeblevet. Det er en relativt stor aflysningsgrad og kan indikere, at nogle deltagere ikke har den nødvendige motivation til at gennemføre forløbet, eller at de ikke oplever et udbytte af at deltage. YBP-terapeuter oplever, at de konkrete aflysninger fra deltagerne primært har været begrundet i personlige forhold, men oplever også, at frafaldet ses hos deltagere, der har større udfordringer, som kan påvirke motivationen for at fortsætte med forløbet, fx misbrug, høj grad af impulsivitet, isolation/ensomhed og andre forhold. Frafaldet kan også skyldes, at nogle deltagere ikke oplever samme udbytte af det individuelle forløb, kontra det gruppebaserede i R&R2-ADHD. En deltager på YBP, som tog imod forløbet i forlængelse af sit afsluttede R&R2-ADHD-forløb, oplevede, at forløbet manglede den dynamik, som hun oplevede i gruppeforløbet.

"Efter R&R2 fik jeg tilbuddet om YBP. Der snakkede vi meget om hjemmelivet og lavede også nogle øvelser om, hvordan jeg kunne håndtere visse situationer. Det var godt, men jeg kan mærke, at det gav meget mere med gruppen og det at høre andres erfaringer."

Deltager på R&R2-ADHD og YBP



Når det er sagt, så vurderes deltagerengagementet for de deltagere, der kommer til modulerne, meget højt af YBP-terapeuterne. Så noget tyder på, at deltagerne i sessionerne udviser stort engagement i at arbejde med de temaer, der behandles på sessionerne.

5.4 Drivkræfter og barrierer i implementeringen

Dette afsnit samler op på kommunernes erfaringer med implementeringen af programmerne R&R2-ADHD og YBP. Implementeringsdrivere og barrierer kan samlet ses indenfor tre hovedtemaer, som behandles i nedenstående tre afsnit:

1. Betydningen af ledelses- og systemstøtte i opstart og gennemførelse
2. Betydningen af organisatorisk samarbejde (her især vedr. henvisning af deltagere)
3. Betydningen af kompetencer hos medarbejdere (her R&R2-ADHD-trænere og YBP-terapeuter).

5.4.1 1) Betydningen af ledelses- og systemstøtte i opstart og gennemførelse

Implementeringen har især indledningsvist krævet ledelsesmæssige ressourcer til at sikre det rette organisatoriske samarbejde og at bane vejen for, at programmet blev kendt hos de rette samarbejdspartnere. Desuden har en central ledelsesstøtte været med til at sikre, at projektledere og medarbejderne i kommunerne har modtaget tilpas sparring, frirum og ressourcer til at tilrettelægge, forberede og implementere det nye program.

Den ledelsesmæssige støtte har for de tre kommuners vedkommende primært drejet sig om at få støtte til at skabe opmærksomhed omkring programmerne hos potentielle samarbejdspartnere. Her har der været fokus på dels medarbejdere i de afdelinger, som lederen selv har ledelsesansvar for, dels medarbejdere i andre relevante afdelinger i kommunen via de tværfaglige ledelsesfora, de deltager i. Denne støtte til at skabe opmærksomhed omkring programmerne har i opstarten haft fokus på programmernes målgruppe, og hvordan programmerne supplerer kommunens tilbudsvifte på området og senere med mere fokus på programmernes konkrete resultater og positive fortællinger fra deltagere, der har gennemført.

Denne lederbårne markedsføring af programmerne har været vigtig, herunder også at programmerne er koblet til centrale kommunale dagsordener, fx en bevægelse i retning af mere empowerment i tilgangen til borgeren, en bevægelse, hvor sociale tilbud til udsatte borgere erstattes af kurser med fokus på redskaber til øget mestring samt øget fokus på målrettede tilbud til målgrupper, der falder ud af job/uddannelse eller ikke profiterer af kommunens øvrige indsatser.

Ledelsesstøtten til programmerne har desuden haft fokus på at sikre de rette ressourcer hos projektleder og gruppetrænere på R&R2-ADHD-forløbet. Konkret nævner projektledere i kommunerne, at der selvfølgelig skal være timer til koordinering og gennemførelse af screening/henvisning samt forberedelse og gennemførelse af undervisningen. Derudover er der behov for ressourcer i opstarten til især at udbrede kendskabet til programmet og henvisningsgangene hos samarbejdspartnere både internt i kommunen, men også eksternt hos bl.a. psykiatrien, uddannelsesinstitutioner mv. Desuden er der behov for ressourcer i form af tid til at opbygge samarbejdsflader omkring PAL-funktionen samt undervisning af de personer, der får PAL-funktionen. Der ligger også en koordineringsopgave for trænere og projektleder i at finde den rette PAL til de enkelte deltagere.

Trænere har igennem hele projektperioden registreret deres forberedelsestid til de enkelte sessioner i R&R2-programmet. Det giver et indblik i, hvor meget tid man som organisation og underviser kan forvente at skulle afsætte som forberedelsestid til sessionerne. R&R2-programmet er et forløb, hvor der ligger en udførlig manual for hver session, og det kan lede til en antagelse om, at forberedelsen til sessionerne vil være på et minimalt niveau. Registreringerne viser dog, at underviserne i gennemsnit bruger 3 timer til forberedelse for hvert modul. Dette vil sandsynligvis være mere i starten på de første hold, der afvikles. Uagtet at det er et manualbaseret forløb, skal der altså forventes en forberedelsestid på ca. 3 timer pr. session, når programmet går ind i en driftsfase.

5.4.2 2) *Betydningen af organisatorisk samarbejde om henvisning af deltagere*

Programmerne har som ny indsats i en kommunal tilbudsvifte haft den ofte forekommende udfordring for nye programmer: at blive kendt, husket og anvendt af de kommunale sagsbehandlere, som har kontakten til målgruppen. For projektlederens vedkommende har implementeringen derfor foruden gode planlægnings- og koordineringsevner krævet et løbende fokus på synliggørelse af R&R2-ADHD til de relevante fagprofessionelle ift. at henvise deltagere til programmet op mod nye holdstarter. Disse samarbejdspartnere har bl.a. været kommunale myndighedssagsbehandlere på tværs af forvaltninger, praktiserende læger samt speciallæger i psykiatri i regionen.

Denne udfordring er mere udtalt, jo større kommunens eksisterende tilbudsvifte er, og hvor meget den er i løbende forandring. Kommunerne har især gode erfaringer med at komme ud til de konkrete afdelingers personale- eller teammøder og fortælle om programmets målgruppe, indhold, tilrettelæggelse og arbejdsgang samt kriterier for henvisning. En erfaring er derfor, at det ikke er tilstrækkeligt at udbrede skriftligt materiale om programmet.

Interviewede medarbejdere og projektledere i de tre kommuner har generelt haft den erfaring, at det har været vigtigt at gøre meget ud af at understrege bredden i målgruppen for programmet, nemlig at målgruppen er bredere end borgere med diagnosticeret ADHD og derfor også inkluderer personer med ADHD-lignende vanskeligheder i forhold til at mestre hverdagen. Programmet har i kommunerne med navnet 'Bedre hjælp til unge og voksne med ADHD' samt kursusforløbets navn R&R2-ADHD haft svært ved at sprede det budskab.

Interviewede projektledere fortæller, at der generelt, men især i samarbejdet med jobcenterafdelinger, har været behov for at understrege aspekter omkring programmets screenings- og henvisningsprocedurer, der både involverer, at deltagerens deltagelse er afhængig af screeningsresultater, og at deltageren frivilligt ønsker at deltage. I en jobcenterkontekst er screeningsredskaber for en indsats ikke almindeligt udbredt, og desuden er lovgivningen på beskæftigelsesområdet sådan, at borgeren har såvel rettigheder som pligter til at modtage/deltage i tilbud, der kan fremme den enkeltes beskæftigelsesmuligheder. Derfor er det ikke almindeligt i tilbud på dette område, at deltagelsen kræver borgerens frivillige tilvalg.

5.4.3 3) Betydningen af kompetencer hos medarbejdere (R&R2-ADHD-trænere og YBP-terapeuter)

For projektlederne, R&R2-ADHD-trænerne og YBP-terapeuterne har forløbene krævet særlige kompetencer ift. målgruppekendskab og undervisning, men også rammer og mulighed for at oparbejde erfaring med forløbene.

Interviewede projektledere og projektejere i kommunerne peger på, at kompetencerne hos de medarbejdere, der varetager underviser-/trænerrollen på R&R2-ADHD-forløbet, er centrale for programmets resultater. Der er behov for medarbejdere, som først og fremmest har erfaringer med undervisning af voksne og særligt med undervisning af udsatte grupper med indlæringsvanskeligheder.

Evnen til og erfaringer med at arbejde med relationsdannelse fremhæves også som en central kompetence af de interviewede projektledere og projektejere i kommunerne. Fastholdelse af deltagerne på forløbet afhænger i høj grad af, at deltagerne føler, at det er rart at komme til undervisningssessionerne, herunder at de bliver set og hørt, som dem de er, og bliver mødt af både R&R2-ADHD-trænere og øvrige deltagere med interesse og engagement. Interviewede borgere fremhæver bl.a. også, at det har været vigtigt for dem, at der var en god dynamik i deltagergruppen – noget, som de oplever bliver fremmet ved den stemning, som træneren får etableret i sessionerne og ved fx at arrangere uformel fælles morgenmad, før sessionen starter.

Endelig peges der af de interviewede på, at det kan være en fordel, hvis medarbejderne har indsigt i kognitiv adfærdsterapi, da en del af forløbets temaer og redskaber bygger på denne retning indenfor psykologien.

Samtidig indikerer kvalitative interviews med gruppetrænere, at trænerens kompetencer til at varetage R&R2-ADHD-forløbet med fordel kan understøttes af, at der etableres mulighed for sparring med andre R&R2-ADHD-trænere om undervisningen. Det kan enten være i egen organisation eller alternativt, at gruppetrænere etablerer en kontakt til andre R&R2-ADHD-trænere, som man kan mødes med til erfaringsudveksling. Det giver adgang til evt. fælles forberedelse og løbende kollegial sparring om gennemførelse af sessionerne, som vil have den fordel, at træneren hurtigere opnår en sikkerhed og fortrolighed med undervisning i forløbet.

Trænerne i de tre kommuner har benyttet sig af forskellige forberedelses- og sparringstiltag, fx:

- 'Individuel forberedelse' med gennemlæsning af manual og med personlige marginnoter
- Fælles 'Generalprøve', hvor man ved afvikling af undervisning for de første hold har afholdt prøvesessioner og fremlagt for én eller flere trænerkolleger
- Fælles 'Læringsmøder' til faglige refleksioner og læring på et mere overordnet plan, fx erfaringsudveksling om greb til at få betonet de rigtige indholdselementer, hjælpe deltagerne til at relatere sig til eksemplerne, arbejde med gruppens relationsdannelse og engagement mv.

5.5 Gode greb til implementering af R&R2-ADHD og YBP

På baggrund af implementeringsevalueringen kan der uddrages en række gode greb til, hvordan man kan igangsætte og implementere R&R2-ADHD samt YBP. De gode greb er udledt på baggrund af de tre kommuners projekterfaringer. Der kan i forbindelse med en programimplementering til drift være yderligere hensigtsmæssige valg og fravalg, som i denne sammenhæng ikke er belyst, fordi kommunernes forankring på evalueringstidspunktet endnu var uafklaret.

Nedenstående er gode greb til at komme i gang med programindsatsen og er her struktureret omkring tre hoveddimensioner i implementeringen: *Organisering & samarbejde, Kompetencer samt Ledelses- og systemstøtte.*

GODE GREB TIL IMPLEMENTERING

Organisering og samarbejde

- **Sikre organisatorisk placering af programindsatserne**, der er hensigtsmæssig og naturlig for de aktører internt og eksternt, der skal fungere som de primære henvisningskanaler til programmerne. Det kan være i en relevant kommunal afdeling med lignende tilbud, i et uddannelsesstilbud for voksne med særlige behov eller i samarbejde med en privat leverandør.
- **Tilrettelægge intern og ekstern information** om programmerne og deres henvisningsprocedurer til interne og eksterne samarbejdspartnere, med henblik på at de kan henvise relevante borgere. Evalueringen peger på, at centrale samarbejdspartnere er: kommunale sagsbehandlere på tværs af forvaltninger, undervisere/vejledere på uddannelsesinstitutioner og psykiatere/læger.
- **Sikre ressourcer til professionelle PAL** og arbejdsgange for at matche og tildele PAL. Evalueringen peger på, at PAL-funktionen er en vigtig forudsætning for de resultater, som deltagerne opnår, og at der er mest positive erfaringer med en professionel PAL (fx en mentor, en bostøttemedarbejder, andre R&R2-ADHD-trænere). R&R2-ADHD-trænere kan med fordel stå for at klæde PAL på til opgaven.
- **Brobygning til andre indsatser**, der kan sikre, at deltagernes styrkede mestring af deres funktionelle vanskeligheder får positiv afsmitning på andre områder af deres liv. Fx med tættere kobling til indsatser parallelt eller i direkte forlængelse af kursusforløbet indenfor områder som fx uddannelse, beskæftigelse, social trivsel, kriminalitet mv.
- **Sikre rammer og ressourcer til booster-forløb**. Evalueringen viser dokumenterede indsatsnære effekter for deltagere på kort sigt, men for at forlænge effekterne kan det være vigtigt med en prioritering af programmets booster-sessioner. En kommune har afprøvet og haft gode erfaringer med booster-forløb.

Kompetencer hos medarbejdere i programmerne

- **Udpeg medarbejdere med den rette profil**. Evalueringen peger på, at det er vigtigt at udvælge gruppetrænere, der har interesse for at arbejde med manualbaserede programmer og har erfaring med undervisning af personer med kognitive vanskeligheder samt indsigt i kognitiv teori/træning. YBP-terapeuter skal være uddannede psykologer.
- **Kompetenceudvikling af medarbejdere (certificering)**. Medarbejdere, der skal forestå R&R2-ADHD, skal certificeres uanset deres øvrige formelle kompetencer og erfaringsbaggrund. I forbindelse med projektet er der uddannet tre R&R2-ADHD-instruktører, der kan undervise og certificere nye R&R2-ADHD-trænere. YBP kræver ikke certificering, men det anbefales, at nye YBP-terapeuter følger en workshop, hvor redskaber og øvelser fra programmet tilegnes og trænes. Programmernes dokumenterede resultater er opnået ved en indsats, hvor R&R2-ADHD-trænere certificeres på baggrund af et tredages undervisningsforløb, og YBP-terapeuter har været på en todages workshop.
- **Tilrettelægge af supervisions- og sparringsaktiviteter**. Evalueringen peger på, at disse aktiviteter er vigtige for gruppetrænerne ift. at blive trygge ved at forestå programindsatsen og til en løbende faglig refleksion og læring på et mere overordnet plan.

Ledelses- og systemstøtte

- **Ledelsesdrevet vidensspredning** til at sikre et bredt kendskab til programmet hos relevante samarbejdspartnere og henvisningskanaler via information i relevante leder- og samarbejdsfora.
- **Sikre rammerne for, at indsatsen gennemføres metodestringent** og med opmærksomhed på, at balancen mellem metodeloyalitet og metodefrihed indfinder sig undervejs. Det kan være hensigtsmæssigt at etablere fx datamæssig systemunderstøttelse til at følge metodeloyaliteten med inspiration fra evalueringens fidelitetsmarkører.
- **Etablér udvælgelsesprocedurer samt redskaber**. RATE-S har i evalueringen vist sig som et godt systematisk redskab til udvælgelse af deltagere samt til progressionsmålinger. Der er gode erfaringer med, at det er R&R2-ADHD-trænere, der forestår udvælgelse via en RATE-S-måling samt en personlig samtale med den henviste borger.

6. EFFEKTER OG KONSEKVENSER FOR DELTAGERNE

Formålet med dette kapitel er at beskrive de indsatsnære effekter af at have deltaget i R&R2-ADHD samt de mere langsigtede konsekvenser, der følger af deltagelse i programmet. Det er kun muligt at gennemføre effekt- og konsekvensberegninger for det manualbaserede program R&R2-ADHD. Som tidligere beskrevet har for få borgere modtaget et YBP-forløb, til at datagrundlaget kan understøtte denne type beregninger.

De indsatsnære effekter dækker over selvrapporterede mål, som knytter sig direkte til programmets fokusområder. Her undersøges det, om gennemførelsen af programmet resulterer i ændringer i de unge og voksnes ADHD-symptomer og relaterede vanskeligheder samt deres oplevelse af hverdagsmestring. I denne del af analysen anvendes den sammenligningsgruppe, der blev etableret i det venteliste-baserede design til at identificere effekt.

De mere langsigtede konsekvenser relaterer sig til træk på ydelser. Disse resultatmål er baseret på data fra registre administreret af Danmarks Statistik (DST) eller Sundhedsdatastyrelsen. Konkret undersøges det, om de indsatsnære effekter, der er forbundet med at gennemføre et R&R2-ADHD-forløb, har konsekvenser for, om de gennemførende unge og voksne er i beskæftigelse eller under uddannelse, om de modtager kontanthjælpslignende ydelser, om de har skadestuekontakter³⁶, deres brug af ydelser efter serviceloven og deres kontakt med stofmisbrugsbehandling. Konsekvenserne betragtes henholdsvis 6 og 12 måneder efter R&R2-ADHD-forløbets afslutning. I denne del af analysen anvendes en kontrolgruppe, der etableres ved brug af den økonometriske tilgang matching til at identificere de mere langsigtede konsekvenser.

Løbende i kapitlet nuanceres effekt- og konsekvensresultaterne af kvalitative fund, som baseres på interviews med deltagerne i R&R2-ADHD og trænere i de tre kommuner.

KAPITLETS HOVEDKONKLUSIONER

- De indsatsnære positive effekter af at gennemføre R&R2-ADHD er væsentlige og statistisk signifikante. Effekresultaterne underbygges af kvalitative data i form af forskellige typer deltageres beskrivelser af deres udbytte fra forløbet samt underviseres tværgående billede af den udvikling, de ser hos deltagerne.
- Effekterne på de helt indsatsnære mål er stærkest lige efter programmets afslutning, hvorefter den aftager lidt efter 3 måneder. Der er dog stadig tale om statistisk signifikante effekter – også efter 3 måneder. Deltagerne oplever, at deres livskvalitet og følelse af manglende kontrol over eget liv udvikler sig positivt og med tiltagende effekt efter 3 måneder.
- Konsekvenserne af at gennemføre R&R2-ADHD er gode på beskæftigelsesområdet, hvor flere kommer i arbejde eller uddannelse, og færre modtager kontanthjælpslignende ydelser.
- Det er ikke muligt at påvise konsekvenser for brug af misbrugsbehandling og udvalgte ydelser i serviceloven, som gives til voksne med handicap eller andre udsatte. Efter 6 måneder ses en stigning i besøg hos skadestuen.
- De positive konsekvenser underbygges af kvalitative data i form af forskellige typer deltageres beskrivelser af, hvordan deltagelsen i programmet har haft positive konsekvenser for deres muligheder for uddannelse og beskæftigelse (se case 1 på side 46 og case 2 på side 50).

³⁶ Skadestuekontakter indgår her i mindre grad som et sundhedsmæssigt resultatmål, men fungerer i højere grad som en proxy for borgernes risikofyldte adfærd.

6.1 Indsatsnære effekter af at gennemføre R&R2-ADHD

I det følgende undersøges det, hvilken effekt R&R2-ADHD har på deltagernes ADHD-symptomer og relaterede vanskeligheder. I afsnittet præsenteres dels deskriptive resultater, der afspejler andelen af deltagere, som har oplevet en positiv udvikling, dels effektresultater, hvor udviklingen hos deltagerne sammenlignes med udviklingen i sammenligningsgruppen. Sammenligningsgruppen for de indsatsnære effekter er etableret vha. evalueringens ventelistedesign. Sammenligningsgruppen består derfor af borgere fra de tre kommuner, som i de to første projektrul fungerede som sammenligningskommuner (jf. beskrivelsen i afsnit 2.2 og uddybning i metodebilaget). De selvrappede indsatsnære effektmål er indsamlet for både indsats- og sammenligningsgruppen, hvorfor en sammenligning er mulig ved før-, efter- og ved en 3-måneders opfølgning.

Deltagerne er ikke tilfældigt fordelt i indsats- og sammenligningsgruppen. De to grupper kan derfor i udgangspunktet afskilte sig fra hinanden på en række karakteristika, som også kan have betydning for effektmålene. For at tage højde for disse forskelle anvendes metoden difference-in-difference. I difference-in-difference-modellen sammenlignes udviklingen mellem før- og eftermålingen for en indsats- og sammenligningsgruppe. Den estimerede effekt af indsatsen er forskellen på, hvordan de to grupper har udviklet sig mellem de to målinger³⁷. En uddybende beskrivelse af den økonometriske metode og datagrundlaget kan læses i metodebilaget.

Resultaterne vises som standardiserede effektstørrelser

I evalueringen benyttes standardiserede mål for alle indsatsnære resultatmål. Det betyder, at alle deltagernes resultater på ADHD-symptomer, komorbiditet og mestring skaleres inden for en standard normalfordeling med middelværdi 0 og standardafvigelse 1. Alle indsatsnære effektresultater repræsenterer derfor effekter målt i standardafvigelser. Fordelen ved denne standardisering er, at resultaterne kan fortolkes direkte som effektstørrelser. Effektstørrelser er uafhængige af, hvilken skala der anvendes til at måle effekten. Da måleredskaberne, der anvendes i evalueringen, netop opererer med forskellige skalaer, muliggør en standardisering, at resultaterne kan sammenlignes på tværs af målene. Samtidig er det almindelig praksis i international forskning at arbejde med standardiserede effektmål, da det muliggør sammenligning af effektstørrelser på tværs af studier.

Konkret vil en negativ effektstørrelse afspejle, at borgernes gennemførelse af R&R2-ADHD resulterer i en reduktion i det pågældende mål, fx borgerens ADHD-symptomer. En negativ effektstørrelse afspejler hermed, at R&R2-ADHD har haft en god effekt på borgeren. En effektstørrelse omkring 0 afspejler, at gennemførelsen af R&R2-ADHD-forløbet ikke har ført til en ændring i borgerens resultater for det pågældende mål. Endelig kan en positiv effektstørrelse afspejle, at gennemførelsen af R&R2-ADHD har resulteret i en stigning i det pågældende mål, fx oplevet livskvalitet. Populært siger man, at en lille effektstørrelse er omkring 0,2, en mellem effektstørrelse er omkring 0,5 og en stor effektstørrelse er omkring 0,8.

Statistisk signifikans

I de følgende resultater markerer stjerner statistisk signifikans. Hvis et resultat er statistisk signifikant, betyder det, at det er meget usandsynligt, at resultaterne skyldes tilfældigheder:

- Tre stjerner betyder, at der er mindre end 1 pct. sandsynlighed for at få samme resultat, hvis det skyldes tilfældigheder
- To stjerner betyder, at der er mindre end 5 pct. sandsynlighed
- Én stjerne betyder, at der er mindre end 10 pct. sandsynlighed
- Jo flere stjerner, et resultat har, jo mindre sandsynligt vil det være, at resultatet blot skyldes en tilfældighed.

³⁷ For yderligere at tage højde for, at forskellene mellem indsats- og sammenligningsgruppen eventuelt kan medføre forskellige trends mellem grupperne, estimeres der modeller, som i forskellig grad tager højde for disse baggrundsforhold.

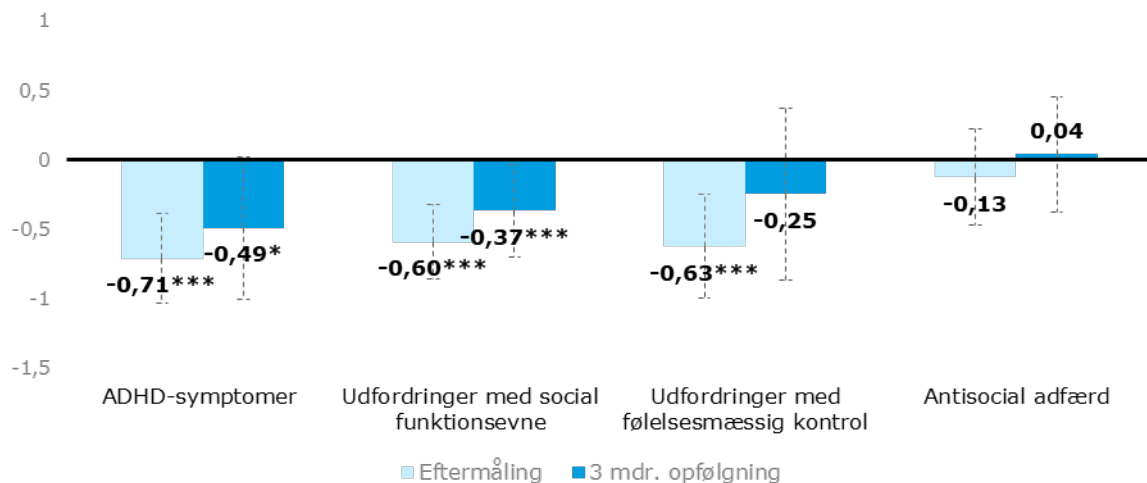
6.1.1 Effekten af R&R2-ADHD på deltagernes ADHD-symptomer

Blandt borgerne, der gennemfører R&R2-ADHD-forløbet, oplever 81 pct. en reduktion i deres adfærdsmæssige og funktionelle vanskeligheder målt med RATE-S³⁸. Knap halvdelen (48 pct.) af deltagerne opnår så markant en reduktion i deres RATE-S-score, at de indplaceres på en lavere henvisningskategori. Konkret betyder det, at borgere, der ved opstart havde en score, der indplacerede dem i kategorien *programmet er sandsynligvis relevant*, efter gennemførelsen af R&R2-ADHD har en score, der placerer dem i kategorierne *programmet er måske eller næppe relevant*. Udvikling i deltagernes adfærdsmæssige og funktionelle vanskeligheder kan dog ikke isoleret tilskrives gennemførelsen af R&R2-ADHD, da det ikke kan afvises, at deltagerne også havde oplevet en reduktion i deres vanskeligheder uden R&R2-ADHD. For at undersøge, hvilken effekt der kan tilskrives R&R2-ADHD, må udviklingen blandt deltagerne sammenholdes med udviklingen i den ventelistebaserede sammenligningsgruppe. De næste resultater afspejler netop sådanne effekter.

Ved programmets afslutning er der en betydelig og statistisk signifikant effekt af R&R2-ADHD på deltagernes oplevede ADHD-symptomer samt i to ud af tre af de udfordringer, som hænger sammen med kernesymptomerne på ADHD (se Figur 6.1), nemlig hhv. social funktionsevne og følelsesmæssig kontrol. Reduktionen i antisocial adfærd er ikke statistisk signifikant, hvilket kan hænge sammen med, at deltagerne heller ikke ved førmålingen oplevede væsentlige udfordringer med antisocial adfærd, og at udviklingspotentialet derfor er begrænset (jf. kapitel 4).

Når der følges op på borgerne 3 måneder efter programmets afslutning, er der stadig en tydelig og statistisk signifikant reduktion i de unge og voksnes oplevede ADHD-symptomer og udfordringer med social funktionsevne. Effektstørrelsen er dog mindre sammenlignet med eftermålingen. Reduktionen af deltagernes udfordringer med følelsesmæssig kontrol er efter 3 måneder ikke længere statistisk signifikant.

Figur 6.1: Effekten af R&R2-ADHD på deltagernes oplevede ADHD-relaterede symptomer (standardiseret effektstørrelse)



Kilde: Effektmål fra spørgeskema udfyldt af borgeren, RATE-S. Kontrolvariable fra spørgeskema og DST's registre.

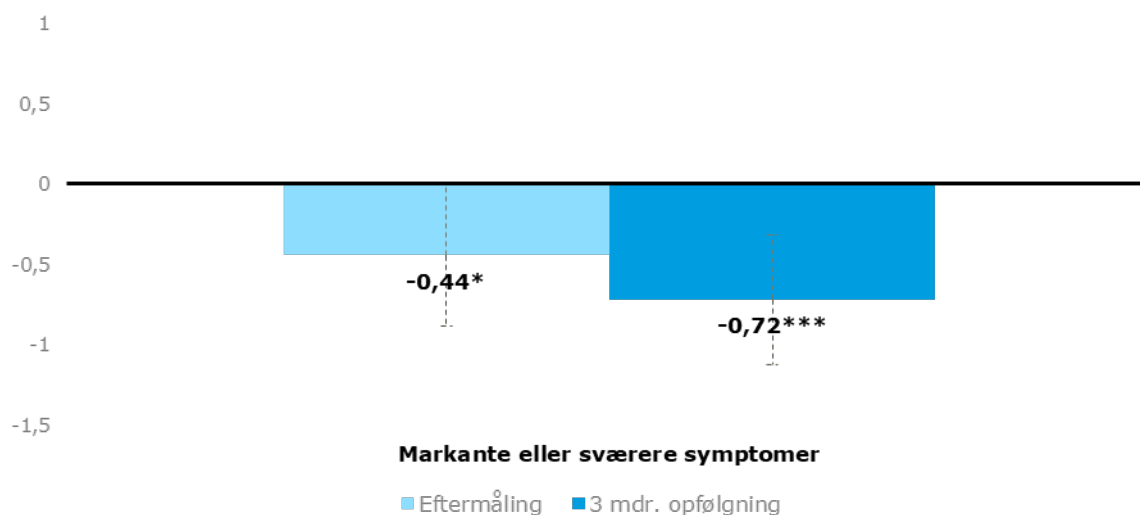
Note: *, **, *** angiver signifikans på 10, 5 og 1 pct.-niveau. Beregningerne er foretaget på baggrund af standardiserede selvrapporterede spørgeskemadata og en difference-in-difference-analyse med clusterrobuste standardfejl, som er clustrede på holdniveau. Der er taget højde for personkarakteristika for den enkelte deltager og dennes mor. De blå søjler viser punktestimatet på DiD-interaktionsledet, og de lodrette linjer angiver 95 pct.-konfidensintervallet. Antal observationer: $N_{\text{ved afslutning}} = 478$, $N_{\text{3 mdr.}} = 388$, da hvert individ indgår to gange i DiD-metoden.

Overstående symptomer er beregnet på baggrund af borgernes oplevelse af egne symptomer. For et billede af, hvordan denne forbedrede håndtering af ADHD og relaterede symptomer opleves at indvirke på deltagerens liv, se case 1 (side 46) og case 2 (side 50) i dette afsnit. Sideløbende med borgernes egen vurdering har trænerne også afgivet deres vurdering af alvorligheden af borgerens ADHD-symptomer. Ved projektets start vurderede trænerne, at 59 pct. af deltagerne havde markante eller sværere ADHD-symptomer. Efter gennemførelsen af R&R2-ADHD er denne andel faldet til 27 pct.

³⁸ De deltagende borgere oplever i gennemsnit, at deres RATE-S score falder med 42 point.

For at vurdere, hvorvidt dette fald faktisk kan tilskrive R&R2-ADHD, sammenholdes udviklingen med udviklingen i sammenligningsgruppen. Resultaterne i Figur 6.2 viser, at deltagelsen i R&R2-ADHD har haft en statistisk signifikant effekt på trænerens vurdering af, hvor alvorlige borgernes ADHD-symptomer er.

Figur 6.2: Effekten af R&R2-ADHD på trænerens vurdering af deltagernes ADHD-relaterede symptomer (standardiseret effektstørrelse)



Kilde: Effektmål fra spørgeskema udfyldt af træneren, CGI Illness Severity. Kontrolvariable fra spørgeskema og DST's registre.
 Note: *, **, *** angiver signifikans på 10, 5 og 1 pct.-niveau. Beregningerne er foretaget på baggrund af standardiserede trænerreporterede spørgeskemadata og en difference-in-difference-analyse med clusterrobuste standardfejl, som er clustrede på holdniveau. Der er taget højde for personkarakteristika for den enkelte deltager og dennes mor. De blå søjler viser punktestimatet på DiD-interaktionsledet, og de lodrette linjer angiver 95 pct.-konfidensintervallet. Antal observationer: $N_{\text{ved afslutning}} = 436$, $N_{\text{3 mdr.}} = 378$, da hvert individ indgår to gange i DiD-metoden.

Selvom Figur 6.1 viser, at deltagerne oplever, at deres symptomer ikke er lige så markant reduceret efter 3 måneder som ved programmets afslutning, så viser Figur 6.2, at trænerne oplever en øget reduktion i andelen af borgere med markante eller sværere symptomer i forbindelse med 3-måneders-opfølgningen.

6.1.2 Effekten af at gennemføre R&R2-ADHD på deltagernes oplevede komorbiditet

Depression, angst og temperamentsudfordringer er alle udfordringer, som ofte følger med ADHD-symptomer. Blandt borgerne, der gennemfører R&R2-ADHD-forløbet, oplever 73 pct. en reduktion i deres udfordringer med depression og angst, mens 62 pct. af borgerne oplever en reduktion i deres oplevelse af at have temperamentsudfordringer. Igen kan disse udviklinger ikke isoleret tilskrives deltagernes gennemførelse af R&R2-ADHD, da dette kræver en sammenligningsgruppe. I de følgende resultater sammenholdes deltagernes udvikling derfor med udviklingen i den venteliste-baserede sammenligningsgruppe.

Ved programmets afslutning er der en betydelig og statistisk signifikant effekt af R&R2-ADHD på deltagernes selvvaluerede udfordringer med depression, angst og temperament. Interviewene tegner et lignende billede, fx med deltagere, der fortæller, at de før har haft store udfordringer med deres temperament, men nu har fået redskaber til at forvalte det bedre. Flere beskriver også, hvordan det har haft en positivt afsmittende virkning på deres omgivelser på både arbejde og hjemmefronten.

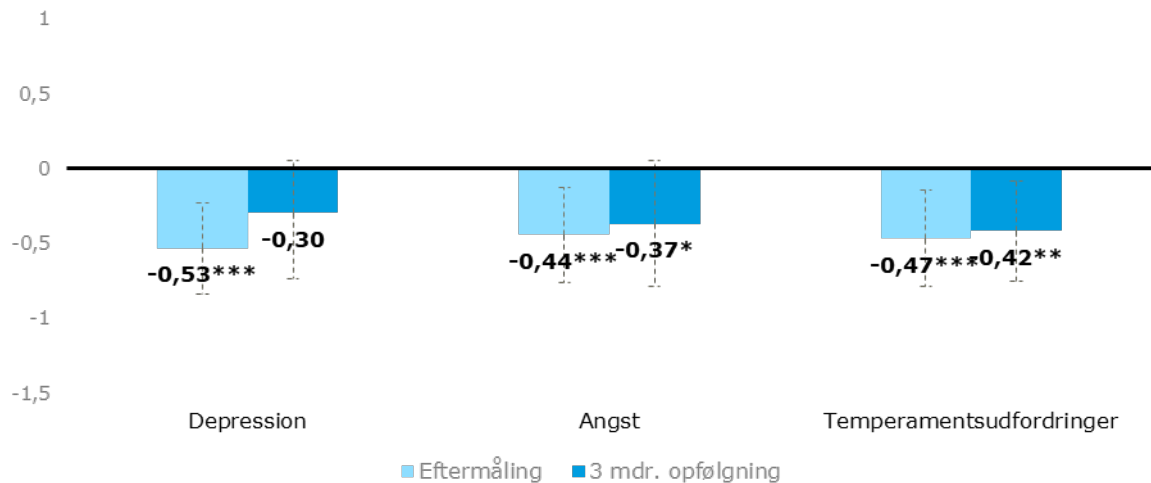
"Det, jeg har lært på kurset, kan bruges direkte ind i min hverdag. Man ser en roligere og mere positiv udgave af mig i dag. Jeg har ikke smadret noget i halvandet år. Og mine døtre ser jo den nye mig."

Deltager på R&R2-ADHD



Der er tale om middelstore effekter, som alle er statistisk sikre. Som det fremgår af Figur 6.3, så aftager effekten på depression, mens den holdes forholdsvis stabil over tid på både angst og temperamentsudfordringer.

Figur 6.3: Effekten af R&R2-ADHD på deltagerens selvrapporterede komorbiditet (standardiseret effektstørrelse)



Kilde: Effektmål fra spørgeskema udfyldt af borgeren, HADS og WRAADS. Kontrolvariable fra spørgeskema og DST's registre.

Note: *, **, *** angiver signifikans på 10, 5 og 1 pct.-niveau. Beregningerne er foretaget på baggrund af standardiserede selvrapporterede spørgeskemadata og en difference-in-difference-analyse med clusterrobuste standardfejl, som er clustrede på holdniveau. Der er taget højde for personkarakteristika for den enkelte deltager og dennes mor. De blå søjler viser punktestimatet på DiD-interaktionsledet, og de lodrette linjer angiver 95 pct.-konfidensintervallet. Antal observationer: $N_{\text{ved afslutning}} = 448$, $N_{3 \text{ mdr.}} = 396$, da hvert individ indgår to gange i DiD-metoden. For temperamentsudfordringer: $N_{\text{ved afslutning}} = 448$, $N_{3 \text{ mdr.}} = 392$

Disse effektfund bekræftes af deltagerens egne oplevelser. Deltagerne beskriver i interviewene, at de oplever en reduktion i de udfordringer, som de dagligt har kæmpet med. At de oplever færre symptomer, og at de relaterede vanskeligheder føles mindre verserende og giver deltagerne en fornemmelse af en mere overkommelig hverdag. Foruden nedenstående citater henvises også til case 1 og case 2 i dette afsnit, som begge illustrerer, hvordan mestring af ADHD-relaterede udfordringer og andre funktionelle vanskeligheder får betydning for personen i en række livssammenhænge.

"Overordnet set kan jeg mærke, at jeg er blevet en anden mand. Jeg er blevet meget mere jordnær og gladere inden. Jeg kan tackle hverdagen bedre. Mere rolig. Min spontanitet og mine impulser er der slet ikke på samme måde. Den der øvelse "Stop og tænk", den tog jeg meget til mig. I mit arbejde er jeg sådan en, der tager meget ansvar, men når det så bliver for meget, kan det være rigtig svært for mig. Så der er det vigtigt lige at stoppe op og ikke eksplodere. Det øver jeg mig rigtig meget i, og jeg mærker, at det lykkes mere og mere."

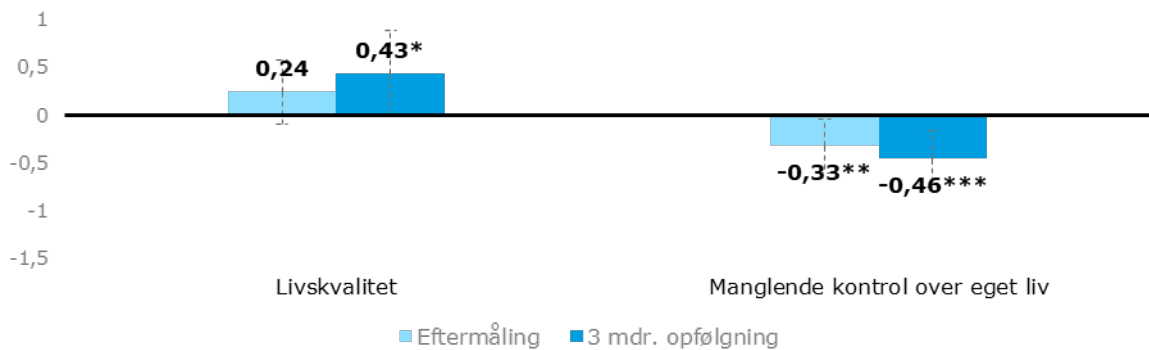
Deltager på R&R2-ADHD



- 6.1.3 *Effekt af at gennemføre R&R2-ADHD på deltagerens oplevede livskvalitet og kontrol over eget liv*
Som beskrevet oplever deltagerne en reduktion i deres oplevede vanskeligheder af at have deltaget i R&R2-ADHD. Borgere, der har deltaget i R&R2-ADHD, beskriver i interviews, hvordan dette har en positiv indflydelse på deres liv generelt.

Ser vi på deltageres selvrapporterede livskvalitet og følelsen af ikke at have kontrol over sit eget liv, bekræftes denne fortælling. Programmet medfører, at borgerne bliver væsentligt mere tilfødse med eget liv og oplever øget og stigende livskvalitet. Som det fremgår af Figur 6.4 herunder, stiger effekten på livskvalitet over tid. Samtidig falder deltageres oplevelse af, at hændelser i livet er uden for deres egen kontrol. Denne effekt øges også over tid. Dette betyder, at borgerne også oplever større indflydelse på eget liv og føler, at de i højere grad kan tage ansvar for valg og fravalg i deres liv og dermed styre livet i den retning, som de ønsker.

Figur 6.4: Effekten af R&R2-ADHD på deltageres oplevede livskvalitet og oplevelsen af manglende kontrol over eget liv (standardiseret effektstørrelse)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af borgeren, SWLS og LoC.

Note: *,**,*** angiver signifikans på 10, 5 og 1 pct.-niveau. Beregningerne er foretaget på baggrund af standardiserede selvrapporterede spørgeskemadata og en difference-in-difference-analyse med clusterrobuste standardfejl, som er clustrede på holdniveau. Der er taget højde for personkarakteristika for den enkelte deltager og dennes mor. De blå søjler viser punktestimatet på DiD-interaktionsledet, og de lodrette linjer angiver 95 pct.-konfidensintervallet. Antal observationer: $N_{\text{Ved afslutning}} = 446$, $N_{3 \text{ mdr.}} = 392$, da hvert individ indgår to gange i DiD-metoden.

I tråd med de dokumenterede indsatsnære effekter underbygger de kvalitative interviews med deltagere fra programmet, at der opleves en øget mestring af en række funktioner, som deltagerne beskriver har betydning for en række andre forhold i deres liv, bl.a. deltagerens psykiske og følelsesmæssige trivsel, hverdagsliv, deltagelsesmuligheder i forskellige sammenhænge og samspil i nære relationer m.m. Helt basale redskaber er med til at øge fornemmelsen af kontrol og at kunne klare sig bedre med de udfordringer, som ADHD stadig giver i dagligdagen.

"Det, jeg har taget med mig fra forløbet, er særligt det med realistiske tidsplaner. Før kunne jeg lave fem sider med ting, jeg skulle nå bare om formiddagen. Og så alle de der katastrofetanker, jeg kunne have før, hvis jeg ikke nåede en lille ting, i stedet for at fokusere på det, jeg nåede. Det er blevet mindsket. Jeg har på en måde fået en accept af, at mine evner ikke altid rækker til mine egne ambitioner."

Deltager (med ADHD) på R&R2-ADHD



Case 1: R&R2-ADHD som katalysator for en positiv udvikling på flere områder

Tina er 39 år og har to børn. Hun har ingen uddannelse ud over folkeskolens afgangseksamen og har aldrig haft et almindeligt job. Hun er på kontanthjælp og havde, før hun startede på R&R2-ADHD-forløbet, ikke noget håb om at kunne fungere i et job. Hendes mål og forventning var at komme på førtidspension. Tina har en baggrund som misbruger og har en sag i kommunens familieafdeling med fokus på at støtte Tinas forældreevne og børnenes trivsel. Det samarbejde var før hendes deltagelse i R&R2-ADHD ikke uproblematisk, og Tina modsatte sig ofte de uanmeldte tilsynsbesøg.

Da Tina af sin jobcentersagsbehandler for 2½ år siden blev præsenteret for R&R2-ADHD-kurset, fik hun valget mellem at gå i dagbehandling for sit hashmisbrug eller at søge om deltagelse i R&R2-ADHD-kurset. Kursets mestringsfokus og det, at forløbet var et kursus afgrænset til 15 uger, tiltalte hende. Hendes RA-TE-S-måling viste tydeligt, at hun var i målgruppen, og det var en erkendelse for Tina at se, at hendes temperamentsproblemer var så tydelige.

"Jeg synes, det var en mærkelig test, men jeg bonnede jo rigtig meget ud. Det var ligesom en erkendelse, da jeg så det på papiret. Jeg havde nogle udfordringer med at udadreagere og var meget destruktiv. Men nu har jeg taget den der sluttet, hvor jeg er kommet helt ned, ikke. Jeg har lært at styre det."

For Tina var det en overvindelse at starte på noget nyt med alt det ukendte, der følger med. Hendes bostøtte var med første gang, og det hjalp hende til at komme i gang. Derefter blev hun hurtigt tryk ved både underviserne og de andre deltagere. Hun blev hurtigt begejstret for kurset og tog redskaberne i brug derhjemme. Især temaer og redskaber omkring impuls kontrol, håndtering af vrede og konstruktiv planlægning har hun taget til sig og er begyndt at anvende i sin hverdag. Tina oplever, at det har været med til at sætte en udvikling i gang på flere områder i hendes liv. Lige efter kurset var afsluttet, begyndte hun i dagbehandling og er i dag helt clean og har været det i 2 år. Hun oplever selv, at det var vigtigt, at hun fik dette kursus, før hun kom i dagbehandling, fordi hun har kunnet anvende redskaberne i sit afvænningsforløb. Hun begyndte også at træne for at holde fast i en god rytme med at komme ud af huset og deltage i noget hver dag.

"Det [R&R2-ADHD-kurset] har været med til at gøre mig parat til de ting, jeg nu er begyndt at tage fat på i mit liv. Det er som et lille frø, der er blevet sået. Jeg har i mange år troet, at jeg skulle på førtidspension og aldrig blev til noget. Men efter dette kursus har jeg taget matematik-enkeltfag og afsluttet med et 7-tal, jeg har taget en zumba-instruktøruddannelse, jeg er i gang med en praktik og har fået et sommer-afløser-job på plejecentret. Efter ferien skal jeg starte på SOSU-hjælper-uddannelsen."

Tina oplever også, at hendes ændrede adfærd og de redskaber, hun har taget med sig fra kurset, gør en forskel på hjemmefronten og i samarbejdet med familieafdelingen.

"Jeg bruger det også på mine børn derhjemme. Børnene kan mærke, der er kommet mere struktur på det derhjemme – jeg fører kalender og planlægger meget mere. Vi har lige oplevet, at min ældste er blevet lidt udadreagerende, men hvor jeg for tre år siden var faret op og skældt ud, gør jeg slet ikke sådan noget mere. Jeg har jo været meget udadreagerende, men det har jeg lært at takle. Før kunne jeg ikke sidde i et møde i mere end 5 minutter uden at blive nervøs eller vred. Nu kan jeg sidde i 2 timer. Det siger børnesagsbehandleren også."

Tina peger på, at det for hende har været vigtigt, at der var fokus på at sætte gang i nogle ting efter kurset.

6.2 Konsekvenser på længere sigt af gennemførelse af R&R2-ADHD

De foregående resultater understreger, at programmet har en positiv effekt på deltagernes ADHD-symptomer og relaterede udfordringer. Dette giver anledning til at undersøge, om disse effekter også har mere langsigtede konsekvenser, fx på borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet og ydelsestræk.

“Det er nye handlestrategier og hverdagsmestring, som er rigtig godt at bygge videre på. Det [R&R2-ADHD-forløbet] kan ikke stå alene, men når en sagsbehandler så senere foreslår en ny indsats eller et nyt mål, så tør de sige ja. Eller de opsøger selv nye udfordringer, som de ikke før turde tage fat på.”

R&R2-ADHD-træner



Konsekvenserne af at have deltaget i programmet måles ved hjælp af registerdata fra Danmarks Statistik (DST). Registerdata gør det muligt at følge borgerne over tid – også ud over projektperioden. Konsekvenserne af deltagelse i projektet forventes at finde sted som følge af effekterne på de indsatsnære mål, hvorfor følgende analyser undersøger konsekvenserne af at deltage i R&R2-ADHD i forlængelse af effektmålingen og derved 6 og 12 måneder efter, at programmet er afsluttet.

Konsekvenserne identificeres ved at sammenligne deltagernes udvikling med en kontrolgruppes udvikling. Kontrolgruppen for konsekvenserne er statistisk konstrueret på baggrund af oplysninger i Danmarks Statistiks registre. Det betyder, at der kan etableres konsekvensmål for både indsatsgruppen og kontrolgruppen på længere sigt. Det muliggør en sammenligning fra før projektets start³⁹ til 6 og 12 måneder efter dets afslutning. For at kunne identificere en kontrolgruppe i registre er vi nødt til at afgrænse til en population af borgere med en ADHD-diagnose, da det i registre ikke er muligt at identificere personer med ADHD-symptomer. Ud fra denne grundpopulation etableres en kontrolgruppe, som er sammenlignelig med vores indsatsgruppe på væsentlige baggrundsparemetre⁴⁰. Som tidligere beskrevet har ikke alle borgere i indsatsgruppen en ADHD-diagnose. Det kan potentielt have betydning for, hvor god en kontrolgruppe der kan etableres, da der kan være en systematisk og uobserverbar forskel på de to grupper, som er drevet af forskelle i diagnoser. Hvis det er tilfældet, kan resultaterne være skævvredne. Ved at tage højde for en lang række andre relevante karakteristika minimeres denne risiko.

Kontrolgruppen er udvalgt ved hjælp af statistisk matching, som finder en statistisk tvilling for hver af deltagerne i indsatsgruppen. På denne måde tilstræbes det, at det eneste, som adskiller de to grupper, er deltagelsen i projektet, hvorfor en forskel i udviklingen kan tilskrives deltagelsen. En uddybende beskrivelse af de økonometriske metoder og datagrundlaget kan læses i metodebilaget⁴¹.

6.2.1 Konsekvenser af R&R2-ADHD på beskæftigelsesområdet

Deltagelse i R&R2-ADHD-programmet øger deltagernes beskæftigelse og uddannelse, mens andelen, som modtager kontanthjælpslignende ydelser, falder som følge af deltagelse. Kontanthjælpslignende ydelser inkluderer kontanthjælp, uddannelseshjælp, kontanthjælp i henhold til integrationsloven og integrationsydelse.

Figur 6.5 viser, at flere deltagere starter i beskæftigelse eller kommer i uddannelse et halvt år efter deltagelse i programmet (se fx case 2 s. 50 om en ung pige, der starter i uddannelse efter R&R2-ADHD-forløbet). Denne positive konsekvens bibeholdes – øges endda lidt – over tid. Efter et år ses det, at andelen af deltagere, der er i beskæftigelse eller under uddannelse, er øget med 0,13, og

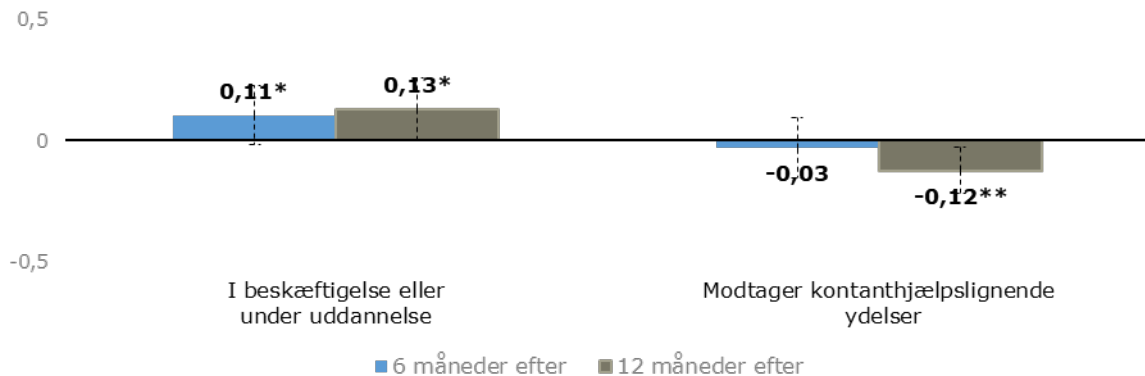
³⁹ Førmålingen afspejler borgerens situation umiddelbart før indsatsstart. For kontrolgruppen er der defineret et tilsvarende starttidspunkt, som førmålingen opgøres ud fra. Se uddybende beskrivelse i metodebilaget.

⁴⁰ Til matching-processen anvendes programmet psmatch2 i STATA, hvor der ikke anvendes tilbagelægning og capiler (0,01) med common-support.

⁴¹ Konsekvensmålene er alle dummyvariable, hvilket betyder, at værdien er 1, såfremt borgeren modtager ydelserne/er i beskæftigelse eller uddannelse, og 0, hvis det ikke er tilfældet. Dette betyder, at konsekvenserne måler ændringer i andelen.

at andelen af deltagere, som modtager kontanthjælp, er faldet med 0,12. Effekterne er statistisk signifikante, men relativt små.

Figur 6.5: Konsekvenser af R&R2-ADHD på beskæftigelse, uddannelse og kontanthjælpslignende ydelser



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata, DREAM

Note: *, **, *** angiver signifikans på 10, 5 og 1 pct.-niveau. Beregningerne er foretaget på baggrund af objektive mål fra DST's registre og en regressionsanalyse med clusterrobuste standardfejl, som er clustrede på den enkelte kommune. Der er taget højde for personkarakteristika for den enkelte deltager og dennes mor. De blå søjler viser punkttestimatet på indsatsdummyen, og de lodrette linjer angiver 95 pct.-konfidensintervallet. Antal observationer: $N_{6\text{ mdr}} = 276$, $N_{12\text{ mdr}} = 245$.

I tråd med disse resultater påpeger R&R2-ADHD-trænere i de tre kommuner på, at der på tværs af deltagere ses, at den lille forandring i hverdagsmestring over tid opbygger deltagernes selvtillid, håb og tro på, at succesoplevelser fra én livssammenhæng kan overføres til en anden. Dette er eksempelvis tilfældet i case 1 på s. 46, hvor deltagerens positive udvikling i en sammenhæng bliver katalysator for en mere generel positiv udvikling på flere områder. Derfor ses det også hos nogle deltagere, at de umiddelbare forandringer i deltagernes mestring af de funktioner, som de er udfordret på, kan sætte gang i en større udviklingsproces, der på sigt får positiv betydning for fx deltagelse på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet.

Det er imidlertid vigtigt at pointere, at programmet R&R2-ADHD udelukkende er et program med kognitiv adfærdstræning. Det betyder, at der dermed ikke er en støtte og indsats, der direkte bidrager til andre forandringer i deltagerens liv, fx jobrettet træning, uddannelsesvejledning, familierådgivning, misbrugsbehandling, bostøtte, exit-programmer mv., medmindre forløbet kobles med andre parallelle eller efterfølgende indsatser. Programmet rummer dog som beskrevet ovenfor et potentiale for, at de redskaber og mestringsstrategier, deltagerne får med fra forløbet, indvirker positivt på deltagerens udbytte af andre indsatser. Hvor sikkert og hvor tidligt, de resultater indtræffer, afhænger i høj grad af, hvordan de sagsbehandlere, der er tilknyttet deltagere på forløbet, agerer ift. at iværksætte parallelle eller efterfølgende indsatser i samarbejde med deltageren.

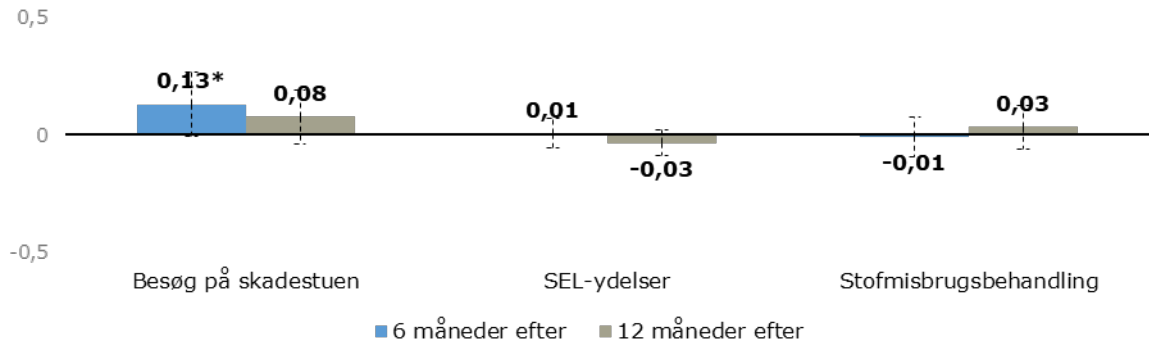
Fraværet af supplerende indsatser direkte koblet til programmet er noget af det, som interviewede projektere og R&R2-ADHD-trænere fremhæver som en mangel ved programmet. Programledere og R&R2-ADHD-trænere foreslår derfor, at programmet med fordel kan udbygges med en tilknyttet virksomhedskonsulent, uddannelsesvejleder eller lignende fagprofessionel ressource. Disse vil kunne bidrage til at hjælpe deltagerne ud i et parallelt/efterfølgende virksomhedsforløb eller brobygningsforløb til uddannelse. Det vil give deltagerne mulighed for at afprøve/træne de redskaber, som de har fået med fra forløbet.

6.2.2 Konsekvenser af R&R2-ADHD på deltagernes skadestuekontakt, modtagelse af ydelser efter serviceloven og stofmisbrugsbehandling

Deltagernes kontakter med somatisk skadestue skal i denne sammenhæng ikke betragtes som en sundhedsrelateret ydelse, men som en proxy for deltagernes risikofyldte opførsel. Deltagernes skadestuekontakt stiger lidt, men statistisk signifikant, efter at de har gennemført R&R2-ADHD. Denne konsekvens er dog aftagende over tid.

Som det fremgår af Figur 6.6, sker der ikke ændringer i andelen, som modtager ydelser efter serviceloven eller er i stofmisbrugsbehandling. Dette kan formentlig hænge sammen med, at der i udgangspunktet er få deltagere, som modtager SEL-ydelser eller stofmisbrugsbehandling. Der er dog fra projekterne enkeltstående eksempler på, at man har set markante forbedringer hos deltagere, som har haft en sag på socialområdet, fx i forhold til familiesager, hvor borgerens forældrevne og strukturen i hjemmet har været markant forbedret efter deltagelse i R&R2-ADHD.

Figur 6.6: Konsekvenser af R&R2-ADHD på deltagernes kontakt med skadestue, modtagelse af SEL-ydelser og stofmisbrugsbehandling



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata, LPR, HANDIC, HANDICM og SMDB.

Note: *, **, *** angiver signifikans på 10, 5 og 1 pct.-niveau. SEL står for serviceloven. Beregningerne er foretaget på baggrund af objektive mål fra DST's registre og en regressionsanalyse med clusterrobuste standardfejl, som er clustrede på den enkelte kommune. Der er taget højde for personkarakteristika for den enkelte deltager og dennes mor. De blå søjler viser punktestimatet på indsatsdummyen, og de lodrette linjer angiver 95 pct.-konfidensintervallet. Antal observationer: $N_{6 \text{ mdr.}} = 245$, $N_{12 \text{ mdr.}} = 155$. For SEL-ydelser: $N_{6 \text{ mdr.}} = 140$, $N_{12 \text{ mdr.}} = 149$

Andelen af deltagere, som har kontakt med somatisk skadestue, stiger, men om dette kan anses for at være en positiv eller negativ konsekvens af R&R2-ADHD er svært at afgøre. Skadestuekontakt kan ses som en proxy for impulsiv og temperamentsfuld adfærd, hvorfor en stigning vil være en negativ konsekvens. Besøg hos skadestuen kan også ses som egenomsorg og øget kontrol over eget liv, hvorfor en stigning vil være en positiv konsekvens. Data giver ikke en direkte forklaring på, hvilken årsag der driver konsekvensen, men de indsatsnære effekter understøtter, at der er tale om en positiv konsekvens.

Case 2: Ung pige starter i uddannelse efter R&R2-ADHD

Lisa er 20 år og har været på uddannelseshjælp, fra hun var 18 år. Hun har afsluttet en 10. klasse, men har haft et forløb med megen fravær både i skolen og i jobcentrets aktiviteter.

"Jeg har kæmpet rigtig meget med fravær og har svært ved at komme ud af sengen, hvis jeg ikke kan lide det, jeg skal møde til. Jeg har altid været rigtig utilpas i almindelig skole og haft svært ved at håndtere den uro og det tempo, der er."

Lisa fortæller, at hun, før hun startede på R&R2-ADHD, ikke rigtig engagerede sig i de ting, hun deltog i på jobcentret, og hun tænkte meget lidt over, hvad hun ville med sit liv. Hun var mest optaget af at få sit kryds for deltagelse og undgå at blive trukket i uddannelseshjælp.

Lisa blev introduceret for kurset fra sin jobcentersagsbehandler og var i starten skeptisk, men valgte at takke ja til det, bl.a. fordi det var et kort og afgrænset forløb på 2½ time over 15 uger. Hun blev hurtigt glad for kurset, da hun startede og var især glad for, at det var et gruppeforløb, hvor hun mødte andre med samme vanskeligheder, som hun selv havde. Lisa tog godt imod redskaberne og brugte dem i dagligdagen med støtte fra sin PAL. Hun har især oplevet, at temaer og redskaber omkring konstruktiv planlægning og koncentration har været relevante for hende, og peger på, at det har hjulpet hende på flere områder.

"Jeg tog kørekort, mens jeg gik på kurset, og jeg var lige flyttet sammen med en kammerat, så der var mange redskaber, jeg kunne bruge i situationer, hvor jeg fx havde brug for ro til at lave lektier og koncentrere mig. Jeg har også kunnet bruge det til planlægning. Førhen, hvis jeg skulle tre steder hen i byen og ordne noget, kunne jeg godt glemme, hvor jeg skulle hen og kun komme tilbage med halvdelen. Nu skriver jeg lister og fører kalender og har bare fået meget mere styr på sådan nogle ting."

Lisa oplever også, at kurset har hjulpet hende i hendes sociale relationer og til en bedre ro og mental trivsel. Følelser og tanker, som før ville have fyldt og påvirket hende negativt, er hun blevet bedre til at håndtere.

"Jeg blev mere klar i hovedet. Jeg kan takle problemer på en anden måde, end jeg kunne før. Hvis jeg har haft et skænderi med min mor, så kan jeg bedre fjerne det fra mig. Før lod jeg det ramme mig og tog det for tæt på."

Efter kursets afslutning er Lisa startet på en VUC-Vokseneftuddannelse på folkeskoleniveau. Selvom hun har sin afgangseksamen, valgte hun at tilmelde sig dette for at fastholde den gode rytme, hun var kommet ind i og for at undgå at falde tilbage i de gamle vaner.

"Da jeg startede her [på R&R2-ADHD-kurset], tænkte jeg: 'Jeg kommer aldrig til at kunne overskue det her', og kurset var jo kun 2 ½ time om ugen. Nu har jeg gået i rigtig skole i mange uger og afsluttet med en eksamen med et 12-tal. Det har været en kæmpe sejr. Jeg synes virkelig, at det her kursus [R&R2] er et godt mellemskridt, inden man skal ud og lave noget andet, for de forbereder en til at kunne håndtere de krav, der stilles i uddannelsessystemet og andre steder."

6.3 Alle deltagere, der gennemfører R&R2-ADHD, har gavn af programmet

I det følgende undersøges det, om ovenstående effekter og positive konsekvenser gælder for alle deltagere, som gennemfører R&R2-ADHD, eller om der er specifikke subgrupper, som i særlig høj grad drager nytte af R&R2-ADHD-forløbet. I subgruppeanalyserne undersøges det, om køn og alder har betydning for effekter og konsekvenser. Herudover undersøges det, hvorvidt effekterne er

forskellige for borgere, der hhv. modtager og ikke modtager ADHD-medicin, og borgere med og uden en ADHD-diagnose⁴².

Subgruppeanalysen er foretaget, så man sammenligner udviklingen for fx kvinder, som har deltaget og gennemført programmet, med udviklingen for kvinder i sammenligningsgruppen (ved de indsatsnære effekter) eller kvinder i kontrolgruppen (ved de mere langsigtede konsekvensmål). Ved kun at fokusere på én subgruppe reduceres antallet af observationer kraftigt. Når antallet af observationer reduceres, så reduceres den statistiske styrke i resultaterne. Dvs. at effekterne skal være større, før det er muligt at påvise dem med mindre data. Resultaterne i det følgende vil derfor være forbundet med større usikkerheder end kapitlets øvrige resultater. Resultaterne giver dog en indikation af eventuelle subgruppe-specifikke effekter. Analyserne er foretaget på de indsatsnære effektmål og de mere langsigtede konsekvensmål. Grundet for få observationer har det ikke været muligt at gennemføre subgruppeanalyser på resultatmålene, der omhandler deltagernes skadestuekontakt, modtagelse af SEL-ydelser og stofmisbrugsbehandling. De overordnede tendenser fra subgruppeanalyserne beskrives i det følgende, mens resultattabellerne kan findes i bilagstabellerne B6-7 til B6-14.

6.3.1 *Både mænd og kvinder oplever en positiv effekt af at gennemføre R&R2-ADHD-programmet*

De indsatsnære effekter af gennemførelsen af R&R2-ADHD-programmet er til stede for både kvinder og mænd. Kvinderne, der gennemfører R&R2-ADHD-forløbet, oplever generelt statistisk signifikante effekter på de indsatsnære mål. ADHD-symptomerne mindskes, og det samme gør deres udfordringer med antisocial adfærd, følelsesmæssig kontrol og social funktionsevne. Samtidig viser resultaterne en positiv tendens på kvindernes komorbiditet, livskvalitet og oplevelse af kontrol over eget liv – disse effekter er dog ikke statistisk signifikante. For de deltagende kvinder kan det ikke etableres, at gennemførelse af R&R2-ADHD har mere langsigtede konsekvenser for deres brug af velfærdssystemet.

Mændene opnår også statistisk signifikante effekter af deres gennemførelse af R&R2-ADHD-forløbet. Deres ADHD-symptomer mindskes, og tilsvarende gør deres udfordringer med følelsesmæssig kontrol, social funktionsevne og temperament. Mændene oplever også en statistisk signifikant reduktion i deres udfordringer med angst og depression. Gennemførelse af R&R2-ADHD-forløbet har en signifikant og positiv effekt på sandsynligheden for, at de deltagende mænd enten er i beskæftigelse eller under uddannelse, og samtidig mindskes sandsynligheden for, at de modtager kon-tanthjælpslignende ydelser.

6.3.2 *Både unge og voksne deltagere har effekt af at gennemføre R&R2-ADHD-programmet*

Både borgere, der er under og over 30 år, oplever positive effekter på deres ADHD-symptomer af at gennemføre programmet. Den yngre gruppe af deltagere i R&R2-ADHD-forløbet oplever generelt statistisk signifikante effekter på de indsatsnære mål. Deres ADHD-symptomer mindskes, og det samme gør deres udfordringer med følelsesmæssig kontrol, den sociale funktionsevne og temperament. For de unge har R&R2-ADHD ligeledes en statistisk signifikant effekt på deres oplevelse af at have kontrol over eget liv. For den yngre gruppe af deltagere er det ikke muligt at identificere, at R&R2-ADHD har haft statistisk signifikante, langsigtede konsekvenser på deres tilknytning til arbejdsmarkedet. For den ældre gruppe af deltagere er der lidt færre statistisk signifikante resultater, hvilket kan hænge sammen med, at denne gruppe er mindre end gruppen af unge deltagere. Det ses dog, at R&R2-ADHD har haft en statistisk signifikant effekt på deres ADHD-symptomer og deres udfordringer med social funktionsevne. Supplerende har gennemførelse af R&R2-ADHD-forløbet også en signifikant og positiv effekt på sandsynligheden for, at gruppen af deltagere, der er over 30 år, enten er i beskæftigelse eller under uddannelse.

⁴² For både ADHD-medicin og ADHD-diagnose er der tale om selvrapporterede mål.

6.3.3 *Både deltagere med og uden ADHD-diagnose og ADHD-medicin opnår en effekt*

Til disse subgruppeanalyser anvendes borgernes selvrapporterede ADHD-diagnose og selvrapporterede brug af ADHD-medicin. Derfor undersøges kun de indsatsnære effekter og ikke konsekvenser på længere sigt⁴³. På tværs af alle fire subgrupper ses det, at borgerne opnår en positiv effekt af at gennemføre R&R2-ADHD-programmet. Både deltagerne, som modtager ADHD-medicin, og deltagerne, som ikke gør, har positive effekter på deres ADHD-symptomer og deres symptomrelaterede udfordringer (med undtagelse af antisocial adfærd). Det tilsvarende gør sig gældende for både deltagere med og uden en ADHD-diagnose. Ift. udfordringer med angst og depression kan der kun identificeres statistisk signifikante effekter for hhv. borgere, som ikke modtager ADHD-medicin, og borgere, som ikke har en ADHD-diagnose. Dog er der stadig en positiv tendens i de andre subgrupper, men disse er ikke signifikante.

⁴³ Det skyldes dels, at vi i det registerbaserede dataudtræk ikke kan identificere relevante borgere uden ADHD-diagnoser, og dels, at vi ikke har adgang til data om borgernes medicinforbrug.

7. ØKONOMISK ANALYSE

Formålet med dette kapitel er hhv. at opgøre omkostningerne ved at opstarte og drive det manualbaserede program R&R2-ADHD⁴⁴ samt beregne de forventede økonomiske konsekvenser, der følger af programmets effekt. Først beskrives resultaterne fra omkostningsvurderingen af R&R2-ADHD. Her betragtes både de gennemsnitlige omkostninger og variationen heri på tværs af de deltagende kommuner. Derefter nuanceres resultaterne i en følsomhedsanalyse, der viser, hvordan de gennemsnitlige omkostninger påvirkes, når hhv. antallet af borgere pr. hold varieres og medarbejdernes lønomkostninger justeres. Endelig undersøges de budgetøkonomiske konsekvenser, der potentielt vil følge af programmets effekt på deltagerne. Dette undersøges vha. af den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM). I metodebilaget beskrives datagrundlaget for omkostningsvurderingen.

KAPITLETS HOVEDKONKLUSIONER

Kr.

- R&R2-ADHD-programmets gennemsnitlige etableringsomkostninger udgør 320.000 kr., hvilket dækker over uddannelse af 4 trænere samt administrative omkostninger til planlægning og koordinering.
- Programmet koster i gennemsnit 25.000 kr. at drifte pr. gennemført borger. Dette estimat er følsomt overfor antallet af borgere pr. hold, der gennemfører et forløb. Øges antallet af gennemførte borgere fra 6,6 til 8, falder de gennemsnitlige driftsomkostninger til 21.000 kr. pr. gennemført borger.
- De gennemsnitlige driftsomkostninger pr. borger dækker over stor variation på tværs af de tre kommuner. Omkostningen pr. borger varierer fra 20.000 kr. til 40.000 kr. Denne variation kan bl.a. skyldes forskelle i kommunernes organisering og rammevilkår.
- Den budgetøkonomiske analyse viser, at en investering i R&R2-ADHD har et samlet forventet nettoresultat på 1,97 mio. kr. Nettoresultatet er positivt for både stat, region og kommune.
- Resultatet af den budgetøkonomiske analyse er følsomt overfor ændringer i indsatsens effekt angivet som succesraten. Det samlede nettoresultat er negativt ved en succesrate, der er lavere end 13 pct.
- Resultatet er desuden følsomt overfor ændringer i antal deltagere, der gennemfører indsatsen. Øges antallet af gennemførte borgere fra 6,6 til 8, stiger det forventede nettoresultat til 3,59 mio. kr.

Resultaterne betragtes på tværs af de deltagende kommuner og afspejler derfor en gennemsnitlig kommune i projektet. De gennemsnitlige resultater dækker dog over en relativt stor variation. Denne variation undersøges som en del af analysen. Da kun tre kommuner har deltaget i projektet, er det desuden vigtigt at være opmærksom på, at analysens resultater ikke nødvendigvis kan generaliseres til landsplan.

7.1 Omkostningsvurdering af R&R2-ADHD

I dette afsnit beskriver vi resultaterne fra omkostningsvurderingen. I metodebilaget beskrives omkostningsvurderingens datagrundlag og beregningsmæssige tilgang.

⁴⁴ Der er ligeledes gennemført en omkostningsvurdering af YBP, men grundet det sparsomme datagrundlag er denne forbundet med en del usikkerhed. De overordnede resultater fra denne omkostningsvurdering kan findes i metodebilaget.

7.1.1 Forudsætninger for omkostningsvurderingen

Som tidligere beskrevet inkluderes unge og voksne i det manualbaserede program R&R2-ADHD efter en indledende screening med måleredskabet RATE-S samt en henvisningssamtale. Herefter består forløbet af 15 gruppesessioner med én ugentlig session. Tabellen herunder opsummerer forudsætningerne bag omkostningsvurderingen.

Tablet 7.1: Betydende forudsætninger for omkostningsvurderingen af R&R2-ADHD

	Pr. år
Forløbets varighed pr. borger	15 sessioner
Gns. antal hold pr. år	5,1 hold
Gns. antal gennemførte borgere/hold*	6,6 borgere pr. hold
Gns. antal trænere	4 trænere

Note: *Antal borgere refererer til antallet af borgere, der har gennemført programmet. Alle borgere, der er frafaldet undervejs, er sorteret fra. Ift. at holdkapaciteten er på 12 borgere pr. hold, kan dette tal virke lavt, men det er langt fra alle hold, der har haft fuld kapacitet i udgangspunktet.

Forudsætningerne er baseret på gennemsnittet af de tre kommuner i projektperioden. Analysen forholder sig til antallet, der har *gennemført* forløbet. Det betyder, at jo større en andel af borgerne, der gennemfører forløbet, jo højere bliver antal borgere pr. hold, hvilket giver sig udslag i en billigere drift pr. borger. Forudsætningerne i tabellen herover har alle betydning for analysens resultater, og flere af dem vil derfor blive undersøgt i en følsomhedsanalyse.

7.1.2 Omkostningsvurderingens resultater for R&R2-ADHD

I omkostningsvurderingen er etablerings- og driftsomkostningerne forbundet med R&R2-ADHD opgjort. Driftsomkostningerne er opgjort på årsbasis for en gennemsnitlig kommune, hvorefter driftsomkostninger pr. hold og borger er beregnet. Omkostningerne forbundet med etableringen af indsatsen er opgjort som de samlede etableringsomkostninger. Ud fra en antagelse om, at R&R2-ADHD har en tidshorizont på tre år, har vi endvidere beregnet de årlige etableringsomkostninger samt etableringsomkostningerne pr. hold og pr. borger. Da etableringsomkostninger kun afholdes i forbindelse med programmets opstart, kan disse omkostninger opfattes som en investering med en levetid på indsatsens samlede tidshorizont. I omregningen af etableringsomkostningerne fra en investering med en levetid på tre år til årlige omkostninger har vi anvendt en diskonteringsrate på 4 pct. Såfremt tidshorizonten er længere end de forudsatte tre år, vil etableringsomkostningerne pr. år, pr. borger og pr. hold falde betydeligt.

R&R2-ADHD-programmet koster ca. 847.000 kr. årligt i driftsomkostninger. I projekterne har der i gennemsnit været 34 borgere, som gennemførte programmet årligt, hvilket resulterer i driftsomkostninger på ca. 25.000 kr. pr. borger i programmet. Dette tal afhænger af antallet af borgere på holdene og antallet af borgere, der gennemfører forløbene.

R&R2-ADHD har etableringsomkostninger for 320.000 kr. Når disse omregnes til årlige omkostninger over en treårig tidshorizont, har indsatsen årlige etableringsomkostninger for 111.000 kr. Etableringsomkostningerne pr. borger er opgjort til ca. 3.000 kr.

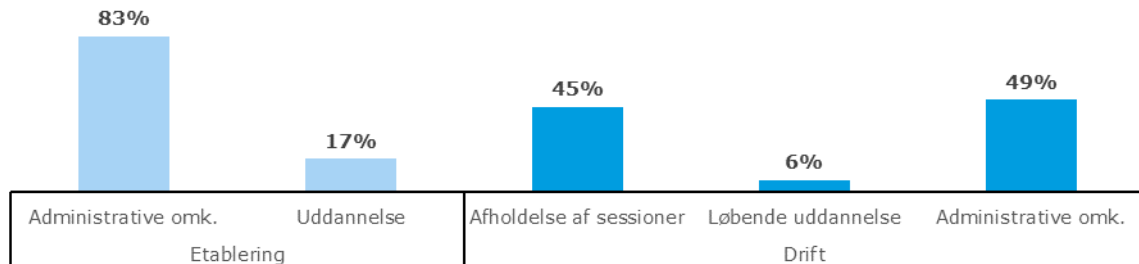
Endelig har vi opgjort de samlede årlige omkostninger ved indsatsen. Dette er opgjort som summen af de årlige etablerings- og driftsomkostninger. Tabellen herunder viser de samlede resultater for analysen.

Tabel 7.2: Omkostninger for R&R2-ADHD (2019-priser, afrundet til hele tusinde kr.)

Gennemsnitlig kommune	Kroner
Driftsomkostninger pr. år	847.000
Driftsomkostninger pr. hold	166.000
Driftsomkostninger pr. borger	25.000
Etableringsomkostninger	320.000
Etableringsomkostninger pr. år	111.000
Etableringsomkostninger pr. hold	22.000
Etableringsomkostninger pr. borger	3.000
Samlede omkostninger pr. år (etablering og drift)	958.000
Samlede omkostninger pr. hold	188.000
Samlede omkostninger pr. borger	28.000

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Den følgende figur viser drifts- og etableringsomkostninger fordelt på forskellige omkostningsposter.

Figur 7.1: Drifts- og etableringsomkostninger fordelt på omkostningskategorier (pct.)

Note: Se beskrivelse af de forskellige omkostningskategorier i metodebilaget.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Etableringsomkostningerne består hovedsageligt (83 pct.) af administrative opgaver og udgifter i form af planlægning og afholdelse af møder i forbindelse med programmet. 17 pct. af etableringsomkostningerne er den indledende uddannelse af trænere⁴⁵.

Af Figur 7.1 ovenfor ses det, at 45 pct. af driftsomkostningerne i programmet bruges på afholdelsen af sessioner, hvilket inkluderer henvisning igennem RATE-S samt forberedelse og afholdelse af sessionerne. Der bruges 49 pct. på administrative opgaver og udgifter. Endeligt bruges der 6 pct. af driftsomkostningerne på træning, coaching, vejledning samt løbende uddannelse.

7.1.3 Sparede udgifter

I nogle tilfælde vil et nyt program som fx R&R2-ADHD medføre, at eksisterende programmer, som målgruppen normalt tilbydes, bortfalder. I sådanne tilfælde bør de sparede udgifter modregnes i omkostningsvurderingen. Ved begyndelsen af projektet blev eksisterende programmer til målgruppen undersøgt i de deltagende kommuner. Der blev identificeret forskellig praksis i kommunerne⁴⁶, og kun i en enkelt kommune fandtes der forud for projektets opstart et sammenligneligt tilbud, der blev erstattet af R&R2-ADHD. R&R2-ADHD vurderes derfor i høj grad at være et program, der udfylder et hul i tilbudsviften til målgruppen. Da det på tværs af de tre kommuner ikke har været muligt at identificere en ensartet indsats, har det derfor ikke været muligt at beregne og modregne

⁴⁵ I opgørelsen af etableringsomkostninger forbundet med den indledende uddannelse har vi ikke medregnet kursusomkostningerne forbundet med det tredages kursus, medarbejderne modtager for at kunne afholde indsatsen. Dette skyldes, at en ny uddannelse på nuværende tidspunkt er under udvikling, hvorfor der endnu ikke er fastsat en endelig pris for deltagelse på uddannelsen.

⁴⁶ Nogle tilbyder et kursus "Lev med ADHD" på 16-18 uger, andre tilbyder indsatser igennem private aktører, fx Rette-kurs.dk, og så er der frivillige (og omkostningsfrie) tilbud igennem ADHD-foreningen og lignende.

sparede udgifter. Hvis en sådan indsats eksisterer, vil de beregnede omkostninger være overestimerede.

7.1.4 Forskelle mellem kommunerne

De præsenterede omkostningsresultater afspejler de gennemsnitlige omkostninger på tværs af de tre kommuner. I det følgende illustreres det, hvordan disse gennemsnitlige omkostninger dækker over en relativt stor variation på tværs af de tre kommuner. Tabellen herunder viser omkostningsniveauet for de forskellige kommuner.

Tabel 7.3: Omkostningsniveau i de forskellige kommuner (2019-priser, afrundet til hele tusinde kr.)

	Etablerings- omkostninger	Årlige drifts- omkostninger	Driftsomk. pr. borger
Laveste omkostningsniveau	135.000 kr.	426.000 kr.	20.000 kr.
Mellemste omkostningsniveau	98.000 kr.	671.000 kr.	21.000 kr.
Højeste omkostningsniveau	726.000 kr.	1.866.000 kr.	40.000 kr.
Gennemsnit	320.000 kr.	847.000 kr.	25.000 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Som det ses i tabellen, spænder de årlige driftsomkostningerne pr. borger fra ca. 20.000 kr. til ca. 40.000 kr., mens etableringsomkostningerne spænder fra ca. 98.000 kr. til 726.000 kr. Der kan være forskellige forklaringer på disse forholdsvis store variationer. Én forklaring kan være, at kommunerne har organiseret sig meget forskelligt, jf. beskrivelsen af implementeringen i det tidligere kapitel. Fx har kommunen med de højeste omkostninger valgt at lade deres trænere være dedikeret fuldtid til indsatsen, mens trænere i de to andre kommuner kun har brugt en delmængde af deres samlede arbejdstid på indsatsen. En anden forklaring på de store variationer i ovenstående tabel kan være, at der har været en vis forskel i antallet af borgere, der gennemfører programmet, på tværs af de tre kommuner. Da denne forskel dog er begrænset, vil dette forhold kun kunne forklare en mindre del af variationerne.

7.2 Følsomhedsanalyse

De beskrevne resultater afhænger af de antagelser, de er baseret på. I dette afsnit præsenteres tre følsomhedsanalyser, hvor der justeres på disse antagelser. Følsomhedsanalyserne gennemføres for at vise, hvilket spænd omkostningerne kan forventes at ligge indenfor. Først undersøges det, hvordan resultaterne påvirkes, hvis der justeres på antagelsen om, hvor mange borgere der gennemfører pr. hold i programmet. Herefter undersøges det, hvor følsomme resultaterne er overfor omfanget på lønomkostningerne. Når der justeres på én antagelse, holdes alle andre faste.

7.2.1 Antal borgere i programmet

På baggrund af de indsamlede data er det beregnet, at der i gennemsnit er 6,6 borgere pr. hold, som gennemfører et forløb. Hvis færre borgere frafalder, stiger antallet af borgere pr. hold. Det vil betyde, at omkostningerne kan fordeles på flere borgere, hvorved omkostningerne pr. borger falder. Dog stiger de samlede omkostninger også lidt, da en stigning i antal borgere, der gennemfører programmet, medfører flere eftermålinger⁴⁷. Tabellen herunder viser ændringen i resultaterne alt efter antallet af borgere.

Tabel 7.4: Analyse af ændringer i borgere pr. hold (2019-priser, afrundet til hele tusinde kr.)

	Driftsomkostninger	Omk. pr. borger
5 borgere pr. hold	831.000 kr.	33.000 kr.
6,6 borgere pr. hold	847.000 kr.	25.000 kr.
8 borgere pr. hold	861.000 kr.	21.000 kr. ⁴⁸

⁴⁷ Her antages det, at kommunerne, der ikke indgår i en evaluering, fortsat vil gennemføre både før- og eftermålinger med RATE-S-måleredskabet for derved at kunne følge borgernes progression.

⁴⁸ Socialstyrelsen foretog i 2018 en omkostningsvurdering af R&R2-ADHD baseret på foreløbige data fra Odense Kommune. I denne analyse blev omkostningerne pr. deltager beregnet til 21.800 kr. ved 8 deltagere pr. forløb.

	Driftsomkostninger	Omk. pr. borger
10 borgere pr. hold	880.000 kr.	17.000 kr.
12 borgere pr. hold	900.000 kr.	15.000 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Driftsomkostningerne pr. borger falder fra ca. 33.000 kr., hvis der er 5 borgere pr. hold, til ca. 15.000 kr., hvis der er 12 borgere pr. hold. Samtidig stiger de samlede driftsomkostninger, hvis der er flere borgere pr. hold. Etableringsomkostningerne er uændrede til ca. 320.000 kr. og er derfor ikke beregnet. Dette skyldes, at etableringsomkostningerne er uafhængige af antallet af borgere, der gennemfører indsatsen.

7.2.2 Lønomkostningerne

I beregningerne forudsættes en gennemsnitlig årsløn på baggrund af *Kommunernes og Regionernes Løndatakontor* (krl.dk). I R&R2-ADHD-programmet er det typisk psykologer, lærere, socialformidlere og socialrådgivere, der indgår som trænere. Trænerens gennemsnitlige årsløn er derfor beregnet som et gennemsnit på tværs af disse fire stillingsbetegnelser. Det valgte lønniveau udgør en usikkerhed i resultaterne, da det vil være forskelligt fra kommune til kommune, hvilken overenskomst og anciennitet de medarbejdere, der skal udføre indsatsen, har. Beregningerne herunder afspejler, hvordan resultaterne påvirkes af justeringer i timelønnen.

Tabel 7.5: Analyse af ændringer i lønomkostningerne (2019-priser, afrundet til hele tusinde kr.)

	Etableringsomkostninger	Driftsomkostninger	Driftsomk. pr. borger
Timeløn på 340 kr. (-20 pct.)	256.000 kr.	679.000 kr.	20.000 kr.
Timeløn på 426 kr.	320.000 kr.	847.000 kr.	25.000 kr.
Timeløn på 511 kr. (+20 pct.)	383.000 kr.	1.015.000 kr.	30.000 kr.

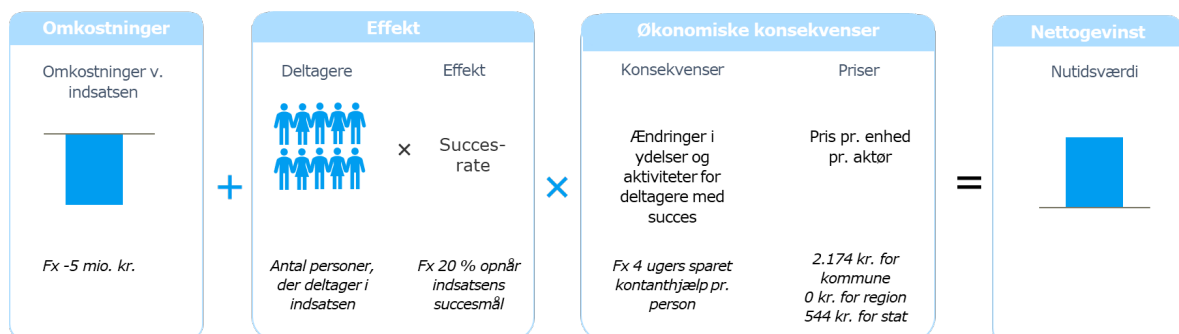
Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Driftsomkostningerne pr. borger går fra ca. 20.000 kr. til ca. 30.000 kr. alt efter timelønnen. Det betyder, at hvis programmet drives af trænere, der har en løn, der er 20 pct. højere end gennemsnittet, bliver omkostningen til programmet væsentligt dyrere.

7.3 De budgetøkonomiske konsekvenser – SØM-beregning

I denne analyse undersøges de budgetøkonomiske konsekvenser af R&R2-ADHD, dvs. de ændringer i offentlige ydelser og aktiviteter, der følger af et succesfuldt program. Beregningerne er udført i beregningsværktøjet den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM)⁴⁹. For at anvende beregningsværktøjet skal der angives en række input vedrørende programmet, herunder omkostningerne, succesraten og økonomiske konsekvenser forbundet med programmet. Figuren herunder illustrerer, hvordan en beregning i SØM foregår.

Figur 7.2: Illustration af beregningen i SØM



Kilde: https://socialstyrelsen.dk/billeder/tvaergaende/sadan-regner-som.png/image_view_fullscreen

⁴⁹ Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) er et beregningsværktøj, der giver brugeren mulighed for at beregne de budgetøkonomiske konsekvenser over tid ved at investere i sociale indsatser. Modellen består af to dele: en beregningsramme, hvori selve SØM-beregningen foretages, og en vidensdatabase, der indeholder viden om effekt, konsekvenser og priser for en række udsatte målgrupper på både voksen-, børne- og ungeområdet.

7.3.1 Omkostninger

Indsatsens samlede årlige omkostninger er i foregående afsnit beregnet til 958.000 kr. Disse omkostninger anvendes direkte i SØM-beregningen. Det antages, at indsatsen driftes i tre år, og at antallet af gennemførte deltagere pr. år er 34 borgere⁵⁰.

7.3.2 Effekt

En forudsætning for at kunne foretage en beregning af de budgetøkonomiske konsekvenser af R&R2-ADHD er, at man kan identificere, hvilke resultater programmet forventes at have for de unge og voksne.

I SØM skal der angives et succesmål for programmet samt en succesrate, der angiver, hvor mange af programmets deltagere der opnår førnævnte succesmål. Som beskrevet i de tidligere kapitler er der klare effekter af deltagelse i programmet, der relaterer sig til de indsatsnære resultatmål. Resultaterne af effektevaluering viser et fald i borgerens ADHD-symptomer og relaterede udfordringer umiddelbart efter programmets ophør og ved 3-måneders-opfølgningen. Ligeledes ser vi en øget livskvalitet hos borgerne. Programmets succesmål defineres i beregningen af et fald i borgerens ADHD-symptomer.

Da denne evaluering kun har etableret effektstørrelsen og ikke succesraten for succesmålet, anvendes SØM til at omregne effektstørrelsen for en reduktion i borgerens ADHD-symptomer 3 måneder efter programmets ophør til en succesrate. Det betyder, at effektstørrelsen på -0,49 pct. svarer til, at 21 pct. af borgerne, der modtager indsatsen, opnår succesmålet.

Vi har i evalueringen ligeledes målt indsatsens effekt på, om deltagerne er i enten uddannelse eller beskæftigelse hhv. 6 og 12 måneder efter indsatsens ophør. Omregnes effektstørrelsen ved 12-måneders-målingen (0,13), svarer dette til en succesrate på 6 pct. Selvom dette mål har et større grad af overlap med SØM-effektet, har vi valgt kun at inddrage denne succesrate i følsomhedsanalysen. Dette skyldes dels, at førnævnte effektstørrelse målt i denne evaluering både omfatter uddannelse og beskæftigelse, og dels består datagrundlaget for effektstørrelsen kun af en delmængde af de borgere, der har modtaget indsatsen i løbet af projektperioden.

I SØM's vidensdatabase findes effektestimater fra et randomiseret kontrolleret forsøg, som har undersøgt R&R2-ADHD⁵¹. En lang række af de måleredskaber, der er blevet anvendt i dette studie, overlapper med måleredskaberne i indeværende evaluering. Vi har derfor foretaget en sammenligning af effektestimaterne i SØM med estimaterne i denne evaluering. Heraf ses det, at effekterne i SØM-studiet generelt er højere. Særligt ses der en forskel ved 3-måneders-opfølgningen. Denne forskel er dog ikke overraskende. Estimaterne i SØM stammer fra et randomiseret kontrolleret forsøg med kun 54 inkluderede deltagere, ligesom målgruppen i studiet består af borgere, der alle er i medicinsk behandling. Effekterne i studiet afspejler derfor et mere kontrolleret miljø, mens estimaterne i denne evaluering stammer fra den kommunale hverdagspraksis.

7.3.3 Konsekvenser

For at indkredse førnævnte ændringer i ydelser og aktiviteter samt størrelsen af disse anvendes SØM's vidensdatabase. En vigtig forudsætning for at kunne anvende konsekvensestimaterne fra SØM's vidensdatabase er, at der er et rimeligt overlap mellem programmets målgruppe og SØM-målgruppen og mellem programmets succesmål og SØM-succesmålet. Hvis der ikke er et godt

⁵⁰ I SØM skal brugeren angive antal deltagere, der påbegynder indsatsen. Da effekten i denne evaluering dog er beregnet for antal gennemførte deltagere, har vi valgt at foretage SØM-beregningen for antal gennemførte deltagere fremfor antal påbegyndte. Hermed sikres, at omkostningerne forbundet med indsatsen ikke undervurderes, ligesom effekten og de økonomiske konsekvenser ikke overvurderes.

⁵¹ Emilsson, Brynjar, et al.: Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 11.1 (2011): 116.

sammenfald herimellem, er det nødvendigt enten at indtaste egne bud på konsekvensestimaterne eller justere den valgte SØM-målgruppes estimater.

I SØM findes målgruppen *voksne med ADHD*, som vurderes til i relativt høj grad at være overensstemmende med målgruppen i indeværende evaluering. Dette gælder både ift. succesmålet i SØM og i form af målgruppens karakteristika (se bilagstabel B7-1). Af førnævnte tabel ses det for eksempel, at målgrupperne har omtrent samme gennemsnitsalder, hvor SØM-målgruppen i gennemsnit er 27 år, mens R&R2-ADHD-målgruppen i gennemsnit er 30 år. Ligeledes er den kønsmæssige fordeling i de to målgrupper forholdsvis ens. Her består SØM-målgruppen af en smule flere mænd (ca. 65 pct.) end målgruppen, der modtager R&R2-ADHD (48 pct.). Når der foretages en sammenligning mellem de to målgruppers uddannelsesniveau og beskæftigelsesstatus, ses det, at målgruppen i denne evaluering generelt har et højere uddannelsesniveau, mens en større andel af SØM-målgruppen er i beskæftigelse. Som beskrevet vurderer vi, at der er et rimeligt godt sammenfald mellem de to grupper, om end SØM-målgruppen formentlig har en smule tungere problemstillinger. Denne forskel skal formodentlig findes i, at målgruppen, der deltager i R&R2-ADHD, ikke behøver at være diagnosticeret med ADHD, mens dette er en forudsætning for at indgå i SØM-målgruppen.

For målgruppen i SØM defineres succesmålet som, at borgerne, der opnår succes, oplever en stigning på mindst 20 pct. i beskæftigelsesgraden sammenlignet med det foregående år. I konsekvensberegningerne i indeværende evaluering ses en stigning i andelen af deltagere, der er i beskæftigelse eller uddannelse både 6 og 12 måneder efter programmets ophør. Det er derfor besluttet, at stort set alle konsekvensestimater for målgruppen medtages i beregningen. Specifikt drejer det sig om indkomstoverførsler, beskæftigelsesindsats, skat af indkomst, sundhedsydelse, ungdoms- og voksenuddannelser og sociale serviceydelser⁵². I bilagstabel B7-2 findes en samlet oversigt indeholdende de inkluderede og fravalgte konsekvenser.

7.3.4 Resultater

I dette afsnit præsenteres de budgetøkonomiske nettoresultater ved en investering i R&R2-ADHD set over et 6-årigt perspektiv, hvoraf indsatsen antages at have en tidshorisont, der strækker sig over de første tre år. Her sammenholdes omkostningerne forbundet med et gennemsnitligt R&R2-ADHD-forløb med de økonomiske konsekvenser, der følger af et succesfuldt program. Både programmets omkostninger, de økonomiske konsekvenser og nettoresultatet er fordelt på hhv. kommune, region og stat samt i et samlet resultat på tværs af disse tre aktører.

Af tabellen ses det, at det samlede nettoresultat for programmet er på 1,97 mio. kr., ligesom det bemærkes, at nettoresultatet er positivt for alle tre aktører. Staten opnår de største positive udfald med et nettoresultat på omtrent 1,5 mio. kr., mens regionen oplever det mindste resultat på ca. 135.000 kr. Selvom kommunen oplever et positivt nettoresultat på ca. 380.000 kr., er det dog betydeligt mindre end statens nettoresultat. Dette skyldes, at kommunen bærer alle omkostningerne forbundet med programmet. En central forudsætning for nedenstående resultater er størrelsen på succesraten. I vurderingen af særligt kommunens nettoresultat, men også det samlede nettoresultat, er det vigtigt at være opmærksom på, at såfremt indsatsens effekt og dermed også succesraten er lavere, vil nettoresultatet kunne blive negativt. I følsomhedsanalysen i næste afsnit illustreres dette ved en analyse af, hvordan variationer i succesraten påvirker nettoresultatet.

⁵² Konsekvenser vedr. politi, retsvæsen og kriminalforsorg er ikke medregnet, da egne registerundersøgelser viser, at målgruppen i evalueringen i meget lav grad er i berøring hermed. Havde disse konsekvenser været inkluderet i beregningen, havde det haft en positiv om end begrænset indvirkning på det samlede nettoresultat med ca. 155.000 kr. Besparelsen ville tilfalde staten.

Tabel 7.6: Nettoresultat over et 6-årigt perspektiv ved en succesrate på 21 pct. (afrundet til hele tusinde, Nettonutidsværdi (NNV)⁵³ 2019, 2019-priser, 6-årigt perspektiv)

	Kommune	Region	Stat	Samlet nettoresultat
Driftsomkostninger	-2.765.000 kr.	0 kr.	0 kr.	-2.765.000 kr.
Økonomiske konsekvenser	3.145.000 kr.	135.000 kr.	1.457.000 kr.	4.737.000 kr.
• Indkomstoverførsler	2.469.000 kr.	0 kr.	617.000 kr.	3.087.000 kr.
• Beskæftigelsesindsats	263.000 kr.	0 kr.	263.000 kr.	527.000 kr.
• Skat af indkomst	-84.000 kr.	0 kr.	944.000 kr.	859.000 kr.
• Sundhedsydelse	30.000 kr.	115 kr.	0 kr.	164.000 kr.
• Ungdoms- og voksenuddannelse	0 kr.	0 kr.	-384.000 kr.	-384.000 kr.
• Sociale serviceydelse	467.000 kr.	0 kr.	16.000 kr.	484.000 kr.
Nettoresultat	380.000 kr.	135.000 kr.	1.457.000 kr.	1.972.000 kr.

Kilde: Egne beregninger baseret på indsamlede data om indsatsens omkostninger og effekt samt konsekvensestimater fra SØM's vidensdatabase.
 Note: De økonomiske resultater opdelt på de seks områder summer ikke til de samlede økonomiske konsekvenser for staten. Dette skyldes afrunding.

Hvis vi betragter hvilke områder der driver de positive økonomiske konsekvenser, ses det, at bruttoresultatet særligt stammer fra et fald i målgruppens brug af indkomstoverførsler samt en stigning i skatteindtægterne. Ligeledes ses det, at alle områder på nær uddannelsesområdet bidrager med positive økonomiske resultater. Selvom uddannelsesområdet står for en samlet udgift som følge af programmet, betragtes dette dog fortsat som et positivt resultat. Dette skyldes, at en uddannelse er en vigtig bidragende faktor for arbejdsmarkedstilknytning og således både medfører en positiv udvikling for borgerne og fremtidige indtægter for samfundet.

I bilagsfigur B7-1 og B7-2 præsenteres ovenstående nettoresultater og de økonomiske konsekvenser opgjort på hovedområderne fordelt over tid. Heraf ses det, at der opnås et positivt nettoresultat knap 5 år efter indsatsens etablering, hvilket betyder, at besparelserne og indtægterne som følge af indsatsen mere end modsvarer indsatsens omkostninger. Af bilagsfigur B7-2 ses, at det gennem det 6-årige tidsperspektiv hovedsageligt er besparelser på indkomstoverførsler, der driver det samlede positive nettoresultat.

7.3.5 Følsomhedsanalyser

For at belyse usikkerheder forbundet med ovenstående beregning foretages en følsomhedsanalyse. Denne har til formål at illustrere, hvordan ændringer i de væsentligste forudsætninger for SØM-beregningen vil påvirke det samlede resultat.

SØM-beregningen præsenteret ovenfor er baseret på en forholdsvis høj frafaldsprocent, hvor der i gennemsnit kun er 6,6 ud af 12 mulige deltagere pr. hold, der gennemfører R&R2-ADHD. Som illustreret i Figur 4.4 har frafaldet været markant faldende henover projektperioden. Det undersøges derfor, hvordan resultatet af SØM-beregningen ville have set ud, hvis hhv. 8 og 10 borgere pr. hold havde gennemført programmet. Det skal bemærkes, at en ændring af antallet af gennemførte deltagerforløb ligeledes medfører en mindre stigning i de årlige omkostninger.

Af tabellen herunder ses det, at det samlede nettoresultat er steget fra ca. 1,97 mio. kr. til ca. 3,59 mio. kr. ved en ændring fra 6,6 gennemførte borgere pr. hold til 8 gennemførte borgere pr. hold. Dette svarer til en procentvis stigning på 82 pct. Ved en ændring i antallet af gennemførte borgere pr. hold fra 6,6 til 10 stiger det samlede nettoresultat til ca. 5,13 mio. kr., hvilket svarer til en stigning på 160 pct.

⁵³ Nettonutidsværdien (NNV) er den tilbagediskonterede værdi af en fremtidig betaling (udgift eller indtægt) eller en serie af fremtidige betalinger.

Når nettoresultatet opgøres for hver af de tre aktører, ses det desuden, at særligt kommunen oplever en positiv effekt af disse ændringer. Det kan således konkluderes, at der særligt for kommunen er betydelige gevinster at hente, hvis de lykkes med at fastholde en større andel af borgerne i programmet.

Tabel 7.7: Følsomhedsanalyse, nettoresultat ved ændring i antal deltagere (afrundet til hele tusinde, NNV 2019, 2019-priser, 6-årigt perspektiv)

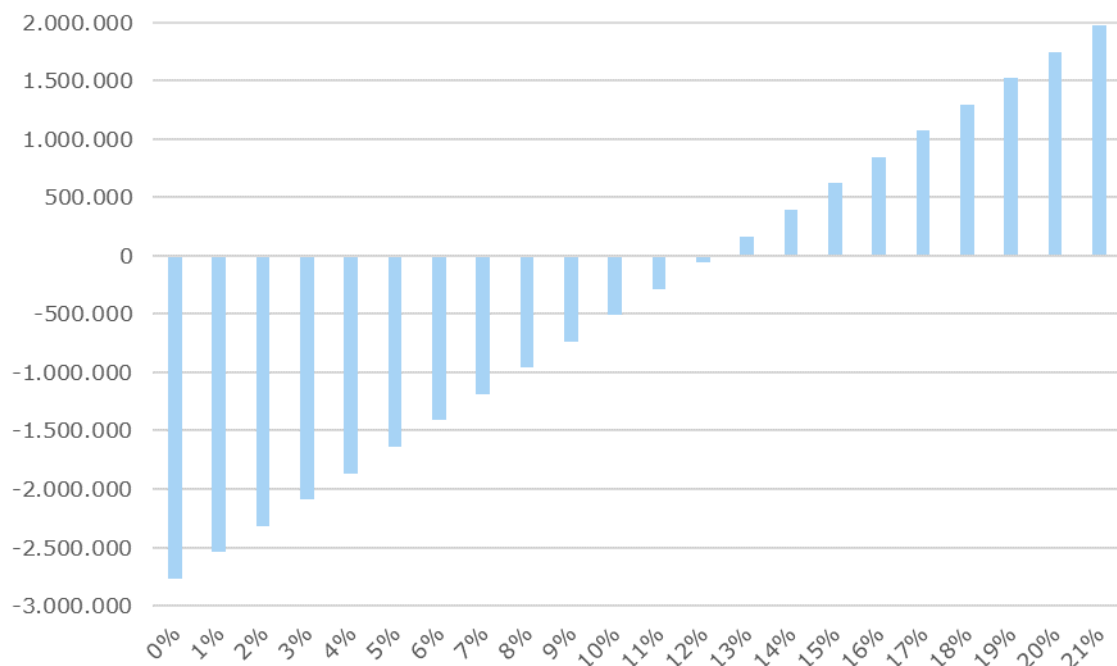
	Kommune	Region	Stat	Samlet nettoresultat
8 borgere pr. hold	1.460.000 kr.	158.000 kr.	1.967.000 kr.	3.586.000 kr.
10 borgere pr. hold	2.472.000 kr.	198.000 kr.	2.459.000 kr.	5.128.000 kr.

Kilde: Egne beregninger baseret på indsamlede data om indsatsens omkostninger og effekt samt konsekvensestimater fra SØM's vidensdatabase.

Som tidligere beskrevet afhænger det beregnede nettoresultat i Tabel 7.6 af en succesrate på 21 pct. Det undersøges derfor, hvordan resultatet af SØM-beregningen ville have set ud ved succesrater fra 0-21 pct.

Af figuren herunder ses det, at det samlede nettoresultat er positivt ved succesrater højere end 12 pct. Det betyder desuden, at såfremt beregningerne havde været baseret på de foreløbige beskæftigelseseffekter svarende til en succesrate på 6 pct., havde det samlede nettoresultat været -1,41 mio. kr. og dermed negativt.

Figur 7.3: Følsomhedsanalyse, samlet nettoresultat ved ændring i succesraten (afrundet til hele tusinde, NNV 2019, 2019-priser, 6-årigt perspektiv)



Kilde: Egne beregninger baseret på indsamlede data om indsatsens omkostninger og effekt samt konsekvensestimater fra SØM's vidensdatabase.

Bilagsfigur B7-3 viser nettoresultatet fordelt på aktørerne ved variationer i succesraten. Heraf ses det, at både staten og regionen allerede opnår positive resultater ved en succesrate på blot 1 pct., mens kommunen først opnår et positivt resultat ved en succesrate på 19 pct. Det betyder desuden, at det samlede positive nettoresultat ved en succesrate på 13 pct., opvejes af hhv. regionens og statens positive resultater.