



**Social- og
Boligstyrelsen**

Evaluering af indsats til unge med selvskade og spiseforstyr- relse

januar 2025

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af
Social- og Boligstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@sbst.dk
www.sbst.dk

Indhold udarbejdet af Social- og Boligstyrelsen.
Udgivet januar 2025

Download eller se rapporten på
www.sbst.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

Digital isbn: 978-87-85236-04-3

Forord

Selvskade og spiseforstyrrelse kan have store konsekvenser for både den enkelte unge og deres familie. For mange unge og pårørende er det en ensom rejse, hvor de navigerer mellem følelser af sårbarhed, frygt og håb. Dette initiativ bidrager til en forståelse af, hvordan vi bedst kan støtte de unge med en forebyggende indsats.

De unges udfordringer skal samtidig ses i lyset af en stigende tendens til psykisk mistrivsel blandt unge i vores samfund som helhed. Det stiller krav til indsatser i kommunerne, som kan gribe de unge, inden deres udfordringer vokser sig store. Jeg håber, at vores fund vil inspirere og guide i arbejdet med at implementere forebyggende indsatser for unge med selvskade og spiseforstyrrelse. Det er ikke hele løsningen, men det er et vigtigt skridt på vejen.

Denne evaluering er baseret på erfaringer fra fire projektkommuner: Svendborg, Ringsted, Varde og Holstebro Kommune. Jeg vil gerne takke alle medarbejdere og ledere, der har deltaget i projektet, for et godt samarbejde omkring udvikling og implementering af indsatsen. Jeg vil blandt andet fremhæve de værdifulde bidrag med at levere data og anden viden til evalueringen. Jeg vil også gerne takke de unge mennesker og deres forældre, som modigt har stillet sig til rådighed og delt erfaringer med os. Endelig vil jeg gerne takke initiativets Ungepanel samt Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade for deres deltagelse i projektet og bidrag til udviklingen af indsatsen.

Initiativet er finansieret af Udviklings- og Investeringsprogrammet på det sociale område. Social- og Boligstyrelsen har været ansvarlig for implementeringsstøtte til de fire projektkommuner samt for at evaluere indsatsen.

God læselyst.

Ellen Klarskov Lauritzen
Direktør
Social- og Boligstyrelsen

Indhold

1.	Sammenfatning	3
2.	Indledning	7
2.1	Baggrund for initiativet.....	7
2.2	Initiativet.....	7
2.3	Indsatsen	8
2.4	Evalueringens formål og undersøgelsesspørgsmål	9
2.5	Læsevejledning	10
3.	Evalueringsdesign	11
4.	Unge i indsatsen.....	14
4.1	Karakteristik af unge i indsatsen	14
5.	Implementering.....	21
5.1	Organisering af indsatsen i de fire kommuner.....	22
5.2	Samtaleforløb	22
5.3	Indsatsguidens kerneelementer	25
5.4	Kerneelement 1: Opsporing.....	25
5.5	Kerneelement 2: Udgangspunkt i den enkelte unge	31
5.6	Kerneelement 3: Familie og netværk	38
5.7	Faktorer af betydning for implementering.....	43
6.	Forankringsperspektiver	46
7.	Resultater	48
7.1	Udvikling hos de unge	48
7.2	De unges oplevelse og udbytte af indsatsen.....	56
7.3	Udbytte i familien og hos forældre.....	60
8.	Omkostninger	63
8.1	Input og antagelser	63
8.2	Omkostninger	68
8.3	Følsomhedsanalyse	70
9.	Litteratur.....	74
10.	Bilag 1. Metode.....	75
11.	Bilag 2. Indsats ved opstart af initiativet	79
12.	Bilag 3. Ressourceforbrug	80

1. Sammenfatning

Social- og Boligstyrelsen har i samarbejde med fire kommuner (Svendborg, Ringsted, Varde og Holstebro Kommune) i perioden 2021-2023 udviklet *Indsats til unge med selvskade og spiseforstyrrelse*. Udviklingsarbejdet har været et initiativ under Udviklings- og Investeringsprogrammet for 2021. Formålet med initiativet har været at udvikle en indsats, som gennem faglige pejlemærker og anvisninger for praksis kan bruges i arbejdet med unge med selvskade og spiseforstyrrelse. Denne slutevaluering har til formål at tilvejebringe vidensgrundlaget for en vurdering af, hvorvidt det er relevant at udbrede indsatsen i større skala, herunder at kvalificere indsatsguiden. Slutevalueringen er baseret på metoder og datakilder af både kvalitativ og kvantitativ karakter.

I evalueringen undersøger vi, om:

- Indsatsens forventede målgruppe matcher den faktiske målgruppe
- Indsatsen er implementerbar i praksis
- Indsatsen viser lovende resultater
- Projektkommunerne ønsker at forankre indsatsen
- Indsatsen er urealistisk dyr

Evalueringen giver ikke viden om indsatsens effekt, hvilket eventuelt vil kunne undersøges ved et efterfølgende *afprøvningsinitiativ*, jf. Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats (SUSI 2.0).

Indsatsens primære målgruppe er unge i alderen 12 til 29 år med mild til moderat selvskade og/eller spiseforstyrrelse. Indsatsens sekundære målgruppe er forældre og netværk omkring de unge. Formålet med indsatsen er, at de unge får bedre trivsel og mestringsevne og stabiliserer eller reducerer selvskade og spiseforstyrrelse. Indsatsen skal forebygge, at de unge har brug for behandling i regional psykiatri, og derudover skal den understøtte, at de unge fastholder eller genetablerer et hverdagsliv med sociale fællesskaber, skole, uddannelse og arbejde.

Indsatsen har samtaleforløb som en kerneaktivitet for de unge og eventuelt forældre eller netværk. Indsatsen er yderligere defineret af tre kerneelementer og dertilhørende fokusområder. Kerneelementerne er suppleret med en række anbefalinger fra praksis, organisatoriske forudsætninger samt kompetencekrav til fagprofessionelle og samtalepersoner.

De tre kerneelementer beskriver, hvordan fagprofessionelle kan opspore unge i kommunen, og hvordan samtaleforløbene kan tilrettelægges og udføres:

1. **K1 Opsporing:** Kerneelementet skal sikre, at kommunen tilrettelægger indsatsen, så den indeholder en systematisk og organiseret opsporing af unge med selvskade og spiseforstyrrelse.
2. **K2 Udgangspunkt i den enkelte unge:** Kerneelementet skal sikre, at indsatsen tager udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov, at den er rettidig, at samtalemedarbejderen er klædt på til at forstå selvskaden og spiseforstyrrelsen som en mestringsstrategi, at indsatsen er rammesat og har tydelige mål, og at der udføres systematisk opfølgning.
3. **K3 Familie- og netværk:** Kerneelementet skal sikre, at indsatsen tilrettelægges, så den indeholder en familie- og netværksinvolverende tilgang, hvor familien og netværket i videst mulig omfang inddrages i den unges indsats.

De fire kommuner er lykkedes med at rekruttere unge i målgruppen

De unge, som har modtaget indsatsen, er i alderen 12 til 29 år, og medarbejdere vurderer, at de har mild til moderat selvskade (37 pct.), spiseforstyrrelse (46 pct.) eller begge dele (17 pct.) ved opstart af indsatsen. De unge er trivselsbelastede og er gennemsnitligt set i risiko for depression og/eller stressbelastning, når de starter i indsatsen.

Hovedparten af de unge er kvinder/piger, og den yngste del af målgruppen er overrepræsenteret. Fire ud af fem unge er mellem 12 og 19 år, hvormed projektkommunerne i mindre grad er lykkedes med at rekruttere den ældre del af målgruppen på 20-29 år. Dette kan skyldes flere faktorer, herunder at opsporingen kan fungere bedre for den yngre del af målgruppen, eller at indsatsens forebyggende sigte matcher problemtyngden for den yngre del af målgruppen bedst.

Indsatsguiden er overordnet set implementeret

Indsatsguidens samtaleforløb og tre kerneelementer er overordnet set implementeret. Alle fire projektkommuner har implementeret samtaleforløb til unge, og tre ud af fire kommuner har generelt arbejdet i overensstemmelse med kerneelementerne i indsatsen. Dog har nogle dele af kerneelementerne vist sig vanskelige at arbejde med.

Kerneelement 1 og 3 er ikke er fuldt implementeret. Den lave implementeringsgrad af kerneelement 1 afspejler, at kun enkelte kommuner har arbejdet med et fælles opsporingsredskab, og dels, at de ikke oplever redskabet som gavnligt. Det bliver bl.a. begrundet med, at opmærksomhed på indsatsen sikres bedre gennem fremmøde og relationer, og at screeningsredskaber kan opleves som sygeliggørende. Kerneelement 3 er ikke fuldt implementeret i én kommune, da de ikke har arbejdet systematisk med familie- og netværksinddragelse.

Tilbuddet om samtaler til unge og forældre har i alle fire projektkommuner udgjort kernen i indsatsen. Evalueringen har identificeret fem samtaletyper, som kombineres i tre forskellige forløbstyper til de unge: 1) unge-forløb, hvor den unge modtager ungesamtaler og eventuelt familiesamtaler, 2) unge-gruppeforløb, hvor den unge modtager ungegruppesamtaler, og 3) unge-kombiforløb, hvor den unge både modtager ungesamtaler, ungegruppesamtaler og eventuelt familiesamtaler. Derudover kan den unges forældre og netværk deltage i et forløb, hvor de modtager individuelle eller gruppesamtaler.

Det er forskelligt, hvordan de enkelte projektkommuner har kombineret samtaletyperne. Alle fire projektkommuner har tilbudt unge-, familie- og ungegruppesamtaler, to projektkommuner har derudover arbejdet med forældresamtaler, og dertil har to projektkommuner implementeret forældre- og netværksgruppesamtaler.

De fire projektkommuner har organiseret indsatsen forskelligt. To projektkommuner har etableret store tværororganisatoriske teams af samtalemedarbejdere, som tilbyder individuelle- og gruppesamtaler i samarbejde på tværs af områder, mens én kommune har etableret et team af medarbejdere med samme leder, og én kommune har etableret separate samtaletilbud. På tværs af forskellige organiseringer viser evalueringen, at følgende faktorer er afgørende for implementering: kompetenceløft og mulighed for sparring, sammenhæng til etablerede tilbud og tværororganisatorisk netværksledelse.

Projektkommunerne vil tilbyde hjælp til målgruppen i regi af allerede eksisterende tilbud

Samtalemedarbejdere og ledere i alle fire projektkommuner udtrykker, at en indsats, der forebygger en forværring af selvskade og spiseforstyrrelse blandt unge, er vigtig og gør en forskel for de unge. Projektkommunerne forankrer ikke indsatsen som et selvstændigt tilbud til unge med selvskade og spiseforstyrrelse. I stedet vil de tilbyde samtaler og hjælp til målgruppen i regi af allerede

eksisterende tilbud i kommunen. Følgende forankringsperspektiver går på tværs af projektkommunerne:

- På tværs af projektkommunerne vil man inkludere unge med selvskade og spiseforstyrrelse i tilbud med **bredere fokus på mistrivsel**, hvormed man ikke vil drifte en selvstændig indsats til unge med selvskade og spiseforstyrrelse. Her lægger kommunerne vægt på at videreføre viden, metoder og kompetencer, som er opbygget i projektperioden.
- Flere projektkommuner vil fremadrettet **tilbyde hjælp til målgruppen forskellige steder i kommunen**, hvormed den tværorganisatoriske drift brydes op. Nogle steder vil dette betyde, at der ikke længere er én indgang til indsatsen for unge i alderen 12-29 år.

Indsatsen viser lovende resultater

Indsatsen viser lovende resultater for udviklingen i de unges trivsel og personlige recovery. De unges trivsel udvikler sig gennemsnitligt set fra at være i risikoområdet for depression og stressbelastning, når de starter i indsatsen, til at være uden for risikoområdet, når de slutter i indsatsen. De unges personlige recovery udvikler sig positivt og er ved afslutning inden for det interval, som i et nyere dansk studie defineres som normalområdet for den danske befolkning.

Det er dog i denne sammenhæng væsentligt at bemærke, at disse resultater bygger på besvarelser fra 32 unge, hvor det har været muligt at koble spørgeskemabesvarelser ved opstart og afslutning. Samlet set skal denne del af evalueringens resultater tolkes med forsigtighed, da det er en mindre andel af de unge, hvor det har været muligt at koble deres besvarelser.

Selvskade er både undersøgt i form af tanker om selvskade og i form af selvskadende adfærd. De unges selvskadende tanker er gennemsnitligt set reduceret betydeligt, når de stopper i indsatsen. Evalueringen viser en reduktionen eller stabilisering i graden af selvskadende adfærd, men det kan ikke påvises, at færre unge har selvskadende adfærd efter endt indsats. Spiseforstyrrelse er undersøgt ved hjælp af fem spørgsmål om den unges tanker om krop og mad. Udviklingen fra opstart til afslutning i indsatsen indikerer, at de unge gennemsnitligt set oplever at være mindre belastede af svære tanker om krop og mad, når de slutter i indsatsen.

De unges grad af tilknytning til fritids- og foreningsliv er lav for hovedparten af de unge ved både opstart og afslutning i indsatsen. De unges samvær med gode venner er på et højere niveau ved afslutning, men udvikler sig ikke meget fra opstart til afslutning.

De unge fremhæver interpersonelle faktorer relateret til samtalemedarbejderen og deltagerne i deres samtalegruppe som særligt betydningsfulde elementer i indsatsen. De italesætter, at de ikke føler sig så anderledes, når samtalemedarbejderne sætter sig selv i spil over for den unge, og at deltagerne i gruppeforløb spejler den unges oplevelser og følelser. De unge peger på, at det er afgørende, at de bliver mødt med en anerkendende tilgang og i øjenhøjde, hvor der er forståelse for, at det kan være svært at ændre tanker og adfærd. Interviewede forældre, som har deltaget i gruppesamtaler, oplever det positivt at blive spejlet og anerkendt af forældre i samme situation som dem selv. Nogle oplever at have fået relevante mestringsstrategier til at håndtere den unges situation og deres egen forældrerolle, hvilket understøtter en bedre kommunikation og færre konflikter i hjemmet.

Det er ikke muligt at vurdere, om indsatsen er urealistisk dyr

Omkostningerne forbundet med indsatsen varierer meget mellem projektkommunerne, hvilket afspejler, at de fire kommuner har tilbudt forskellige samtaleforløb til unge og forældre, at de har

organiseret indsatsen meget forskelligt, og at der er stor variation i omkostningerne forbundet med både opstart og kompetenceudvikling.

Grundet de store variationer på tværs af projektkommunerne tager omkostningsanalysen udgangspunkt i projektkommunernes erfaringer og omkostningerne forbundet med indsatsen estimeres for hver af de fire kommuner. For at resultaterne så vidt muligt kan være anvendelige for andre kommuner, er dele af omkostningsanalysen dog baseret på gennemsnitsbetragtninger. Her antages det, at der gennemføres 30 forløb om året pr. kommune, og at indsatsens samtaleforløb tilbydes over to år. I den reelle implementering varierer disse parametre mellem projektkommunerne. Vi estimerer, at omkostningerne pr. deltager varierer fra ca. 20.000 til 45.000 kr. mellem de fire kommuner. Samlet set er opstart og drift af indsatsen estimeret til at koste mellem 1,2 mio. kr. og 2,9 mio. kr. ved gennemførelsen af 30 forløb pr. år.

Det er særligt antallet af gennemførte unge-forløb pr. år, der har betydning for prisen pr. forløb. Prisestimatet påvirkes også af, hvilken antagelse man gør sig om, hvorvidt de unge i indsatsen ville have modtaget et andet tilbud, hvis de ikke var blevet tilbudt indsatsen i projektet. Omkostningerne påvirkes derimod ikke meget af antallet af samtaler pr. ung, typen af samtaler (gruppe eller individuel) eller medarbejdersammensætningen.

Da evalueringen ikke har sammenlignelige indsatser at holde prisen op mod, er det vanskeligt at vurdere, om omkostningerne forbundet med indsatsen gør den realistisk for andre kommuner at etablere og drifte. Men evalueringen giver et vidensgrundlag for, at kommuner, der ønsker at arbejde videre med indsatsen ud fra indsatsguiden, kan foretage en kvalificeret vurdering af deres omkostninger ud fra lokale forhold.

2. Indledning

Social- og Boligstyrelsen har evalueret en indsats, som er udviklet i regi af initiativet *Udvikling af indsats til unge med selvskade og spiseforstyrrelse*. Initiativet er en del af Udviklings- og Investeringsprogrammet på socialområdet og følger Social-, Ældre og Boligministeriets Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats¹ (SUSI 2.0).

Evalueringen undersøger, om det er lykkedes at implementere indsatsen for målgruppen, hvad indsatsens foreløbige resultater og omkostninger er, og indsatsens forankringspotentiale. I evalueringen bruges betegnelsen "vi" om Social- og Boligstyrelsens evalueringsenhed, som har udført og afrapporteret evalueringen.

2.1 Baggrund for initiativet

Selvskade og spiseforstyrrelse er et udbredt problem blandt unge og kan have store konsekvenser for både den enkelte og samfundet som følge af forringet livskvalitet, udfordringer med at gennemføre en uddannelse, øget risiko for selvmord, langvarige indlæggelser i psykiatrien, fysiske følgesygdomme samt psykiske følgelidelser. Familien er typisk også påvirket, idet der eksempelvis ses en ringere tilknytning til arbejdsmarkedet og forringet livskvalitet hos forældrene (Ilsvard et al., 2019a).

Ifølge Socialpolitisk Redegørelse 2020 er der trods problemets omfang et begrænset antal kommunale indsatser til målgruppen, som kan iværksættes, før den unges problemer vokser sig så store, at behandling i psykiatrien er nødvendig (Social- og Indenrigsministeriet, 2021). Redegørelsen viser samtidig, at 42 pct. af kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med børn og unge med selvskade og spiseforstyrrelse. Det gælder særligt relevante tilbud og indsatser til målgruppen, at sætte tidligt og forebyggende ind samt i samarbejdet mellem sektorer.

2.2 Initiativet

Formålet med initiativet er at udvikle en indsats, som adresserer behovet for en tidlig og forebyggende indsats over for unge med selvskade og spiseforstyrrelse i landets kommuner. Det er et såkaldt *modningsinitiativ*, hvilket betyder, at formålet med initiativet er at udvikle faglige pejlemærker og praksisanvisninger for indsatsen sammen med de deltagende kommuner, og ved hjælp af denne evaluering at give indikationer på, om:

- Indsatsen er implementerbart i praksis
- Indsatsen viser lovende resultater
- Projektkommunerne ønsker at forankre indsatsen
- Indsatsen ikke er urealistisk dyr

Denne evaluering har også til formål at beskrive de unge, som modtog indsatsen i initiativet, og hvordan de matchede den ønskede målgruppe. Formålet med modningsinitiativet er ikke at give sikker viden om indsatsens effekt, hvilket eventuelt kan undersøges ved et efterfølgende *afprøvningsinitiativ*.

¹ Læs mere om Udviklings- og Investeringsprogrammet her <https://sm.dk/arbejdsomraader/viden-analyse-og-data/virksomme-indsatser/udviklings-og-investeringsprogrammerne-uir> og Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats her <https://sm.dk/publikationer/2022/jun/strategi-for-udvikling-af-den-sociale-indsats>

Modningsinitiativet er forløbet fra 2021 til ultimo 2023. I overensstemmelse med SUSI bygger modningsinitiativet videre på et screeningsinitiativ og en screeningsrapport af Metodecentret og DEFACTUM (Ilsvard, Møller, Høstrup & Greve, 2019b).

Fra primo 2022 har fire kommuner deltaget i udviklingen af indsatsen: Svendborg, Ringsted, Varde og Holstebro Kommune. Udviklingen af indsatsen og de fire kommuners praksis har været guidet af en række overordnede faglige pejlemærker, som kaldes kerneelementer. Kerneelementerne har været formidlet til de deltagende kommuner gennem:

- Screeningsrapporten (Ilsvard et al., 2019b)
- En skriftlig indsatsbeskrivelse i forbindelse med udmelding af pulje til deltagelse og midler i initiativet
- Mundtlig formidling på tværkommunale kompetenceudviklingsdage i løbet af 2022

Projektkommunernes opgave har været at omsætte de overordnede kerneelementer til en praksis, som er meningsfuld i deres kontekst. På den måde har de bidraget til at udbygge og kvalificere indholdet i den indsatsguide, som er udarbejdet efterfølgende. Projektkommunerne har blandt andet kvalificeret kerneelementer, anbefalinger fra praksis, organisatoriske forudsætninger samt kompetencekrav til fagprofessionelle og samtalemedarbejdere.

I evalueringen præsenteres projektkommunerne som hver sin case, der repræsenterer bestemte organiseringer og kombinationer af tilbud. Projektkommunerne bliver i den forbindelse benævnt *Kommune A, B, C og D*. Når vi citerer samtalemedarbejdere og ledere angives de som *projekt-deltager*.

Der er foretaget ændringer i indsatsens kerneelementer midtvejs i initiativet. Dette betyder blandt andet, at et kerneelement, som ikke blev oplevet som meningsfuldt af projektkommunerne, er udgået, og at kerneelementerne er udfoldet i form af fokusområder.

Læs mere om den oprindelige indsatsbeskrivelse i bilag 2.

2.3 Indsatsen

Indsatsens målgruppe er unge mellem 12 og 29 år med mild til moderat grad af selvskade og/eller spiseforstyrrelse. Under udviklingen af indsatsen har de unges forældre og netværk udgjort en sekundær målgruppe. Det har været en målsætning i initiativet, at unge med hhv. selvskade og spiseforstyrrelse tilbydes en fælles indsats.

De unge kan opleve mistrivsel eller have andre psykiske vanskeligheder, men selvskade eller spiseforstyrrelse skal være den primære årsag til, at de unge deltager i indsatsen. Indsatsen har haft til formål at forebygge videreudvikling af selvskade og spiseforstyrrelse og eventuel behandling i regional psykiatri. Indsatsen er derfor beskrevet som en forebyggende indsats.

Formålet med indsatsen, som er udviklet i initiativet, er at:

- Øge de unges trivsel og mestring af hverdagslivet
- Stabilisere eller reducere spiseforstyrrelsen og den selvskadende adfærd
- Fremme et mere positivt selvbillede
- Fastholde eller genetablere et hverdagsliv med sociale fællesskaber, skole, uddannelse og arbejde

Indsatsguiden består af tre kerneelementer, som hver har tre til fem fokusområder og en beskrivelse af samtaleforløb i form af enten individuelle samtaler, gruppesamtaler eller begge dele. De tre kerneelementer er:

- **K1 Opsporing:** Kerneelementet skal sikre, at kommunen tilrettelægger indsatsen, så den indeholder en systematisk og organiseret opsporing af unge med selvskade og spiseforstyrrelse.
- **K2 Udgangspunkt i den enkelte unge:** Kerneelementet skal sikre, at indsatsen tager udgangspunkt i den enkelte unges ønsker og behov ved at sikre, at indsatsen rammer den enkeltes behov, at den er rettidig, at samtalemedarbejderen er klædt på at forstå selvskade og spiseforstyrrelse som en mestingsstrategi, at indsatsen er rammesat og har tydelige mål, og at der udføres systematisk opfølgning.
- **K3 Familie- og netværk:** Kerneelementet skal sikre, at indsatsen tilrettelægges, så den indeholder en familie- og netværksinvolverende tilgang, hvor familien og netværket i videst mulig omfang inddrages i den unges indsats.

De tre kerneelementer er beskrevet gennem 11 fokusområder. Indsatsguiden beskriver for hvert fokusområde:

- Potentielle greb til at udføre fokusområdet
- anbefalinger vedr. kompetencer
- Organisatoriske forudsætninger

Det grundlæggende fundament for indsatsen er en recovery-orienteret rehabiliterende indsats.

I løbet af initiativet har alle fire projektkommuner omsat kerneelementerne til samtaleforløb. I Indsatsguiden findes tre typer samtaler:

- Afklarende samtaler
- Individuelle samtaleforløb
- Gruppebaserede samtaleforløb

2.4 Evalueringens formål og undersøgelsesspørgsmål

Evalueringen skal bidrage til den nationale vidensudvikling og herunder vurdere, om indsatsen opfylder kriterierne for at overgå til et efterfølgende afprøvningsinitiativ, jf. Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats (SUSI 2.0).

Formålet med evalueringen er, at andre kommuner kan vurdere indsatsen og dens resultater. Indsatsguiden indeholder en høj grad af fleksibilitet. Derfor beskriver evalueringen også, hvordan de fire projektkommuner har udført indsatsen forskelligt.

Evalueringen skal besvare følgende overordnede evalueringsspørgsmål:

- **Unge i indsatsen:** Er projektkommunerne lykkedes med at rekruttere unge fra målgruppen?
- **Implementering:** I hvilken grad og med hvilke aktiviteter er indsatsen implementeret i projektkommunerne?
- **Resultater:** Hvilket udbytte oplever unge og forældre af indsatsen, og har de unge i indsatsen oplevet progression i forhold til trivsel, recovery, selvskade og tanker om krop og mad?

- **Omkostninger:** Hvilke omkostninger har de fire kommuner haft i implementeringen af indsatsen?
- **Forankringsperspektiver:** Er indsatsen accepteret og efterspurgt af projektkommunerne?

De fem evalueringsspørgsmål strukturerer evalueringens kapitler. Når det er muligt, vil vi beskrive praksis, resultater og omkostninger, som er fælles for flere eller alle af projektkommunerne på én gang. Det gælder særligt i kapitlet *Resultater*, hvor vi for eksempel beskriver unge og forældres oplevelse med indsatsen uden at skelne mellem de fire projektkommuner.

Vi præsenterer variation mellem projektkommunerne, når vi har vurderet, at der er substantielle forskelle mellem den indsats, som hver kommune praktiserer. Det gælder særligt kapitlet *Omkostninger*. Her beskriver vi omkostningerne i de fire kommuner hver især. Formålet med evalueringen er dermed også, at andre kommuner kan finde inspiration i forskellige måder at organisere indsatsen, og hvilke omkostninger der kan forventes alt efter organiseringsmåde.

2.5 Læsevejledning

Rapporten er opdelt i otte kapitler og tre bilag. Kapitel 1 er en *sammenfatning*, som kan læses selvstændigt. Sammenfatningen skitserer kort den evaluerede indsats, hvorefter evalueringens hovedfund præsenteres. *Indledningen* udgør rapportens andet kapitel, hvor vi opridser initiativets formål og forløb, herunder udfordringen med selvskade og spiseforstyrrelse blandt unge, som indsatsen skal afhjælpe. Indledningen beskriver også kort indsatsen og formålet med evalueringen.

Kapitel 3 redegør for *evalueringsdesign*, og der præsenteres kort de datakilder og analysestrategier, som evalueringen tager afsæt i.

De følgende kapitler præsenterer evalueringens fund og er struktureret efter evalueringens fem hovedspørgsmål.

Kapitel 4, *Unge i indsatsen*, beskriver, hvad der kendetegner de unge i indsatsen, og hvordan de matcher den ønskede målgruppe.

Kapitel 5, *Implementering*, beskriver hvordan og i hvor høj grad indsatsen er implementeret i løbet af initiativet, og hvilke faktorer som har haft betydning for implementeringen.

Kapitel 6, *Forankringsperspektiver*, opridser perspektiver på forankring af indsatsen ved at beskrive, hvilke dele af indsatsen som initiativets kommuner har ønsket at fortsætte efter afslutning af initiativet.

Kapitel 7, *Resultater*, beskriver, hvordan indsatsen opleves af de unge i målgruppen for indsatsen og deres forældre, samt hvilken udvikling de unge oplever fra start til afslutning af indsatsen.

Kapitel 8, *Omkostninger*, indeholder en økonomisk analyse af projektkommunernes omkostninger forbundet med opstart og drift af indsatsen.

Bilag 1 indeholder en omfattende beskrivelse af evalueringens datamateriale og analyse. Bilag 2 indeholder den oprindelige indsatsbeskrivelse. Bilag 3 indeholder en udfoldelse af omkostningskategorier som tillæg til omkostningsanalysen.

3. Evalueringsdesign

I dette kapitel præsenterer vi kort de datakilder og analysestrategier, som evalueringen tager afsæt i.

Vi har i evalueringen anvendt både kvantitative og kvalitative datakilder. De kvantitative datakilder består af stam- og aktivitetsdata på ungeniveau, som projektkommunen har registreret, og data fra spørgeskemaer, som de unge har besvaret, når de starter og slutter i indsatsen, jf. tabel 3.1. De kvalitative datakilder består af interviews med unge, forældre, samtalemedarbejdere og ledere i de fire projektkommuner.

	Beskrivelse	Antal deltagere (N)	Anvendelse (kapitler)
Stamdata	Baggrunds- og afslutningsoplysninger om den unge, fx hvordan den unge er opsporet, årsag til opstart i indsatsen mm.	Ved opstart:199 Ved afslutning:180	Unge i indsatsen, Implementering og Omkostninger
Aktivitetsdata	Oplysninger om aktiviteter med og omkring den unge, fx om den unge har modtaget individuel eller gruppesamtaler, antal samtaler mm.	199	Implementering og Omkostninger
Spørgeskema til unge i indsatsen	<i>Opstart:</i> Spørgsmål om trivsel, personlig recovery, selvskade, krop og mad samt deltagelse i fritids- og foreningsaktiviteter.	121	
	<i>Afslutning:</i> Spørgsmål om trivsel, personlig recovery, selvskade, krop og mad samt deltagelse i fritids- og foreningsaktiviteter	57	Unge i indsatsen og Resultater
	<i>Koblede opstarts- og afslutningsbesvarelser</i>	32	
Interviews med unge og forældre	Kvalitative interviews med unge og forældre med fokus på deres oplevelse af at være i indsatsen og oplevede udbytte af den hjælp de har fået.	Undervejs:12 interviews Afslutning:14 interviews	Implementering og Resultater
Interviews med samtalemedarbejdere og ledere	Kvalitative interviews med samtalemedarbejdere og ledere, bl.a. med fokus på implementering af indsatsen, drivkræfter og barrierer, samt oplevet udbytte for målgruppen.	Undervejs:12 interviews Afslutning:14 interviews	Unge i indsatsen, Implementering, Forankringsperspektiver og Resultater
Omkostningsinterviews	Kvalitative interviews med samtalemedarbejdere og ledere med fokus på aktiviteter og omkostninger forbundet med indsatsen	Undervejs:4 interviews Afslutning:4 interviews	Implementering og Omkostninger

Analysestrategien for evalueringen baserer sig på metodisk triangulering. Det betyder, at der i besvarelsen af de enkelte evalueringsspørgsmål ofte anvendes to eller flere datakilder til at belyse samme eller forskellige aspekter af et givent evalueringsspørgsmål. Vi har valgt denne analysestrategi for at nuancere evalueringens fund og udbygge indsigt fra hhv. de kvalitative og kvantitative datakilder. I de følgende afsnit beskriver vi kort fundamentet for de enkelte hovedkaptitlers analyser.

Kapitlet **Unge i indsatsen** indeholder opgørelser af stamdata og spørgeskemabesvarelser. Data anvendes til at karakterisere de unge i forhold til køn og aldersfordeling, uddannelses- og beskæftigelsesstatus, trivsel og henvendelsesårsag. Karakteristikken af de unge perspektiveres af fund baseret på interviews med medarbejdere og ledere.

Kapitlet **Implementering** trækker på en række datakilder, som supplerer hinanden. Kapitlets indledes med en beskrivelse af projektkommunernes organisering af indsatsens samt samtaleforløb, som er indsatsens kerneaktivitet. Disse to afsnit er baseret på interviews med samtalemedarbejdere og ledere, omkostningsinterviews samt stam- og aktivitetsdata. Vi sammenholder de enkelte kommuners praksis i initiativet med den afsluttende indsatsguide og beskriver, i hvilken grad og med hvilke aktiviteter de tre kerneelementer praktiseres i kommunerne. Vi har designet en simpel graduering af implementeringsgrad, som indeholder tre kategorier:

1. Implementeret (alle fokusområder matcher indsatsguidens beskrivelse)
2. Delvist implementeret (nogle, men ikke alle fokusområder matcher indsatsguidens beskrivelse)
3. Ikke implementeret (ingen fokusområder matcher indsatsguidens beskrivelse)

Afslutningsvist beskriver vi faktorer, som har været afgørende for implementeringen af indsatsen. Kapitlet baserer sig primært på interviews med unge, forældre, samtalemedarbejdere og ledere, der blev gennemført ved afslutningen af initiativet.

Kapitlet **Forankringsperspektiver** belyser, hvordan de fire projektkommuner fremadrettet vil tilbyde en indsats til målgruppen og er beskrevet ud fra interviews med samtalemedarbejdere og ledere.

Kapitlet **Resultater** belyser de unges udbytte ved indsatsen og de unges udvikling på en række resultatmål med henblik på at vurdere, om indsatsen viser lovende resultater. Dette er undersøgt ved at sammenligne gennemsnitlige score på en række spørgsmål for de 32 unge, hvor det har været muligt at koble deres spørgeskemabesvarelse ved opstart og afslutning. Samlet set skal evalueringens resultater tolkes med forsigtighed, da det er en mindre andel af de unge, hvor det har været muligt at koble deres besvarelser².

De resultatmål, som handler om de unges trivsel og personlige recovery, er undersøgt ved brug af validerede måleredskaber, og udviklingen er analyseret ved brug af parret t-test. Den parrede t-test indebærer, at analysen skal udføres med de samme unge, som har besvaret spørgeskemaer ved opstart og afslutning.

For de resultatmål, som handler om de unges tanker og adfærd i forhold til selvskade, tanker om krop og mad samt deltagelse i sociale fællesskaber og foreningsliv, sammenlignes de 32 unges besvarelser ved hhv. opstart og afslutning. Dette er gjort uden at lave statistiske test, da der ikke er anvendt validerede måleredskaber til at belyse disse parametre.

Evalueringen undersøger ikke resultatmålene om udvikling i de unges uddannelse eller beskæftigelse. Det skyldes, at sådanne resultater vil indfinde sig på længere sigt (efter mere end 6 måneder), og tidsperioden, hvori de unge er i indsatsen, er kort for de fleste unge. Der indsamles ikke CPR-nummer på de unge, og det er dermed ikke muligt at lave opfølgende registeranalyser.

² Der er foretaget frafaldsanalyser, hvor vi har undersøgt, hvorvidt de unges køn, alder og uddannelse/beskæftigelse ved opstart afviger mellem de unge, der kun har besvaret opstartsspørgeskemaet (N=72), og de unge der både har besvaret opstarts- og afslutningsspørgeskemaet (N=32). Analyserne viser, at der i forhold til disse tre indikatorer *ikke* er statistisk signifikante forskelle på, hvem der har besvaret spørgeskemaerne.

Kapitlet belyser desuden, hvilke faktorer i indsatsen som hhv. unge og forældre oplever som særligt gavnlige, samt hvilket udbytte af indsatsen de interviewede personer oplever. Disse afsnit bygger på kvalitative interviews med unge og forældre, som blev gennemført ved afslutningen af initiativet.

Kapitlet **Omkostninger** baserer sig både på stam- og aktivitetsdata samt omkostningsinterviews, som blev gennemført undervejs og ved afslutningen af initiativet. Kapitlet indeholder en økonomisk analyse, hvor omkostningerne forbundet med indsatsen i de fire kommuner beregnes som samlede omkostninger og omkostninger pr. deltager. Nogle af omkostningerne baseres på gennemsnitsbetragtninger på tværs af de fire kommuner og omsættes til ét fælles scenarie, mens andre omkostninger opgøres for hver af de fire kommuner. Den økonomiske analyse består af et kvantitativt estimat sammen med en kvalitativ beskrivelse af de omkostningselementer, der ikke kan kvantificeres og/eller værdisættes. De kvantitative estimater i analysen er beregnet i Social- og Boligstyrelsens omkostningsmodel (Socialstyrelsen, 2021a). For uddybning af modellens beregningsprincipper henvises til 'Økonomiske analyser af sociale indsatser - Socialstyrelsens retningslinjer' (Socialstyrelsen, 2021b).

Se bilag 1 for en uddybende beskrivelse af datagrundlag, dataindsamlingsmetoder og diskussion af metodiske udfordringer.

4. Unge i indsatsen

I dette kapitel giver vi en karakteristik af de unge, som har været en del af indsatsen, ved at belyse:

- Hvad der kendetegner de unge, som har deltaget i indsatsen.
- Om de unge, som *faktisk* har modtaget indsatsen, også er de unge, man *ønskede* at målrette denne indsats til (målgruppen).

Boks 4.4.1:

Hovedfund

- Der er overordnet set overensstemmelse mellem målgruppebeskrivelsen og de unge, som er rekrutteret til indsatsen.
- De unge er inden for aldersgruppen 12-29 år (gennemsnitsalderen er 17 år). Den yngste del af målgruppen er i højere grad repræsenteret. Fire ud af fem unge er i aldersspændet 12-19 år, mens kun én ud af fem er 20 år eller derover. Dette kan skyldes flere faktorer, herunder at opsporingen kan fungere bedre for den yngre del af målgruppen, eller at indsatsens forebyggende sigte matcher problemtyngden for den yngre del af målgruppen bedst.
- Samtalemedarbejdere vurderer, at de unge, som er rekrutteret til indsatsen, udviser tegn på spiseforstyrrelse (46 pct.), selvskade (37 pct.) eller en kombination (17 pct.), når de henvender sig. Samtalemedarbejderne fortæller, at problematikker relateret til selvskade i nogle tilfælde først viser sig efter, at den unge er startet i et forløb.
- Indsatsens målgruppe er afgrænset til unge med mild til moderat selvskade og spiseforstyrrelse, men indsatsguiden indeholder ikke kriterier for, hvad der definerer hhv. mild til moderat selvskade og/eller spiseforstyrrelse. Vi kan derfor ikke konkludere, om problemtyngden hos de unge i indsatsen stemmer overens med afgrænsningen. Nogle projektkommuner fremhæver, at det er en udfordring i praksis at vurdere, om den unge er *mild* til *moderat* selvskadende eller spiseforstyret.

Karakteristikken af unge i indsatsen er baseret på stamdata og opstartsspørgeskema og beskriver, hvad der kendetegner de unge, når de starter i indsatsen. Det suppleres med perspektivering til samtalemedarbejdere og ledes refleksioner over indsatsens målgruppeafgrænsning i forhold til aldersspændet samt graden af selvskade og spiseforstyrrelse. Herefter følger en vurdering af, om den faktiske målgruppe stemmer overens med den ønskede målgruppe. Læs mere om metoderne i bilag 1.

4.1 Karakteristik af unge i indsatsen

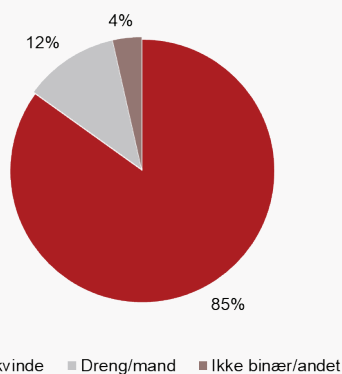
De unge i indsatsen har generelt ensartede baggrundskarakteristika på tværs af projektkommunerne. Karakteristikken, som vi tegner af de unge i dette afsnit, er derfor ikke opdelt på kommuneniveau. Det er dog forskelligt fra kommune til kommune, hvor trivselsbelastede de unge er ved opstart, hvorfor dette er opgjort på kommuneniveau.

4.1.1 Køn- og aldersfordeling

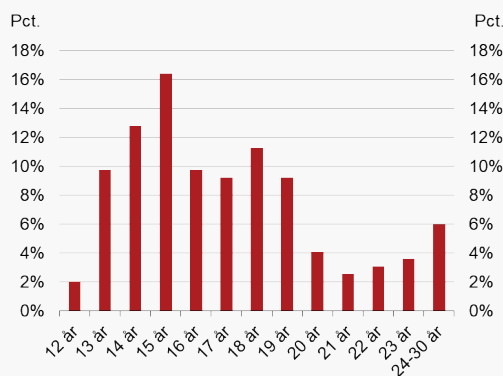
Blandt de unge i indsatsen er der betydeligt flere piger og unge kvinder end drenge og unge mænd. Ud af de 199 unge i indsatsen identificerer 85 pct. sig som kvinder/piger, mens 16 pct. identificerer sig som enten dreng/mand eller ikke-binær/andet, jf. figur 4.1.

Indsatsguidens målgruppe spænder fra 12 til 29 år. Den gennemsnitlige alder er ca. 17 år, og langt hovedparten af de unge er under 20 år, når de starter i indsatsen. Fire ud af fem unge er i aldersspændet 12-19 år, mens kun én ud af fem unge er 20 år eller derover, jf. figur 4.2.

Figur 4.1:
Andel unge efter køn



Figur 4.2:
Andel unge efter alder



Anm.: N=199 unge i figur 4.1; N=195 unge i figur 4.2. Bemærk, at de 6 pct. unge i aldersspændet mellem 24 og 30 år dækker over en beregningsusikkerhed, idet en enkelt ung med en vurderet alder på 30 år godt kan være 29 år ved opstart. Beregningsusikkerheden skyldes, at alderen er vurderes ud fra fødselsår. Andelen summerer ikke til 100 pct. grundet afrunding.

Kilde: Stamdata

Der er flere mulige årsager til, at vi ser en skæv kønsfordelingen blandt de unge i indsatsen. I en målgruppebeskrivelse fra Metodecentret og DEFACTUM peges der på, at flere piger og unge kvinder lider af en spiseforstyrrelse, mens der ses en mere ligelig kønsfordeling for selvskadende adfærd (Ilsvard et al., 2019a). Selvskadende adfærd blandt drenge kan være svært at identificere. I en undersøgelse fra Vidensråd for Forebyggelse peges der på, at der er en tendens til, at der anvendes forskellige selvskademetoder afhængigt af køn, og at det for drenge og unge mænd kan være sværere at vurdere, om pådragede skader skyldes selvskadende adfærd (Jeppesen et al., 2020).

Der kan ligeledes peges på flere årsager til, at det særligt er den yngste del af målgruppen, som er repræsenteret i indsatsen. En mulig forklaring kan være, at mild til moderat selvskade og spiseforstyrrelse er mindre udtalt blandt unge over 20 år. Interviews med samtalemedarbejdere og ledere viser, at der har været en intention om at rekruttere unge i hele aldersspændet. Nogle samtalemedarbejdere og ledere har en hypotese om, at graden af selvskade og spiseforstyrrelse for den ældste del af målgruppen er større, og at indsatsens aldersspænd derfor ikke hænger så godt sammen med opfattelsen af, at indsatsen skal være forebyggende:

Vi har slet ikke haft nogen på 25+ år overhovedet. Det er der, hvor det har fungeret dårligst, kan man sige. Men måske man bare heller ikke er let til moderat selvskadende og spiseforstyrrende, når man er 26 år. Jeg tror ikke, man identificerer sig selv som en med en lille smule selvskade. Vi har i hvert fald ikke fået nogen, på trods af jo at vi har været ude fx i jobcenter, og at lederne på voksenområdet har været meget engagerede i projektet. Selv synes jeg, de har gjort en hel masse for at finde nogen. Men der har simpelthen ikke været nogen. Dem vi så har fået, så har de faktisk været for dårlige til den her forbyggende indsats. – Projektdeltager

Den ældste del af målgruppen kan have problemstillinger, som har eksisteret i længere tid og kræver mere indgribende hjælp, end hvad en forebyggende indsats kan imødekomme. I målgruppebeskrivelsen fra Metodecentret og DEFACTUM konkluderes det, at den spiseforstyrrede eller

selvskadende adfærd især ses blandt unge, ligesom den typisk debuterer i ungdomsårene (Ilsvard et al., 2019a).

4.1.2 Uddannelses- og beskæftigelsesstatus for unge i indsatsen

Langt hovedparten af de unge går i skole/er i uddannelse eller har ordinær beskæftigelse ved opstart af indsatsen. Andelen er størst blandt den yngste del af de unge i indsatsen, hvilken blandt andet skal ses i lyset af, at mange stadig er i grundskolealderen. To ud af tre i den ældre del af målgruppen (18-30 år) er i uddannelse eller ordinær beskæftigelse, mens 92 pct. i den yngste del af målgruppen (12-17 år) går i skole/er i uddannelse, jf. tabel 4.4.1.

Tabel 4.4.1:

Andel unge, der går i skole/ er i uddannelse eller har ordinær beskæftigelse, efter alder

	Under uddannelse	I beskæftigelse (ordinær)	I alt
Unge mellem 12-17 år, (pct.)	92	*	92
Unge mellem 18-30 år, (pct.)	49	17	66

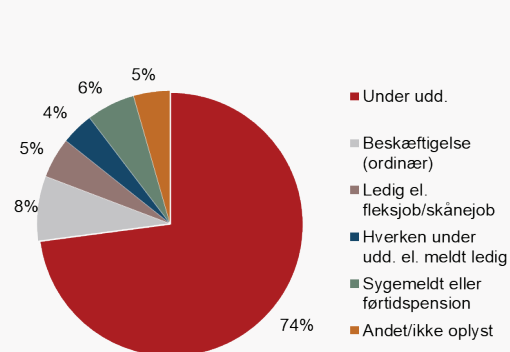
Anm.: N=117 unge ml. 12-17 år, N=82 unge ml. 18-30 år. Hvis opgørelsen er angivet med *, er der foretaget en diskretionering af data, da der er for få observationer.

Kilde: Stamdata

Når man ser på hele aldersgruppen, er det en mindre andel (8 pct.), som er i beskæftigelse på ordinære vilkår, mens 6 pct. er sygemeldt eller modtager førtidspension, jf. figur 4.3. Tre ud af fire (74 pct.) er under uddannelse ved opstart. Langt hovedparten af de unge under uddannelse er i gang med grundskolen eller en gymnasial uddannelse, jf. figur 4.4. En mindre andel af de unge, går på efterskole eller er i gang med 10. klasse (8 pct.) eller er i gang med en erhvervsfaglig uddannelse (7 pct.).

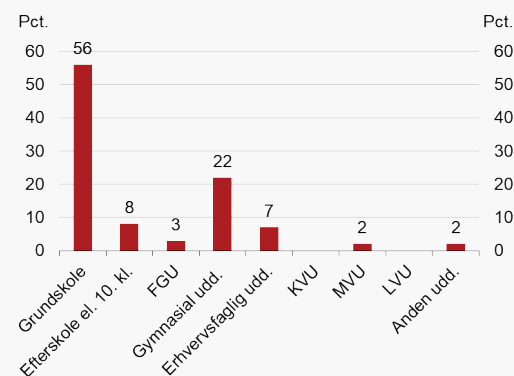
Figur 4.3:

De unges uddannelses- og beskæftigelsesstatus



Figur 4.4:

Andel unge i uddannelse opdelt på type af uddannelse



Anm.: N=199 i figur 4.3; N=148 i . Andelen summerer ikke til 100 pct. grundet afrunding. Forkortelser anvendt: FGU: forberedende grunduddannelse, KVU: kort videregående uddannelse, MVU: mellemlang videregående uddannelse, LVU: lang videregående uddannelse.

Kilde: Stamdata

Blandt de unge i indsatsen, som er i uddannelse eller ordinær beskæftigelse, vurderer samtalemedarbejdere ved opstart af indsatsen, at de deltager i deres uddannelse eller fremmøder på job

i relativt stor grad. Tre ud af fire (75 pct.) vurderes at møde regelmæssigt i skole eller på job, og hovedparten af disse unge vurderes ikke at have fravær ud over det normale.

4.1.3 Trivsel ved opstart

Vi har i evalueringen fulgt udviklingen i de unges trivsel ved hjælp af WHO-5, som er et valideret måleredskab til måling af trivsel, jf. boks 4.4.2. De unge er på tværs af projektkommunerne trivselbelastede ved opstart. De 121 unge, som har besvaret opstartsspørgeskemaet, har en gennemsnitlig trivselsscore på 39, og er dermed i risikozonen for depression eller stressbelastning.

Boks 4.4.2:

Måling af trivsel via WHO-5

De unges trivsel er kortlagt via WHO-5, der er et kort spørgsmålsbatteri med fem udsagn til at vurdere selvoplevet trivsel. Udsagnene beder personen forholde sig til, hvorvidt personen har følt sig tilpas i de seneste to uger.

På en skala fra 0 til 5 (fra "på intet tidspunkt" til "hele tiden") bliver personen bedt om at vurdere følgende fem udsagn:

I de sidste to uger...

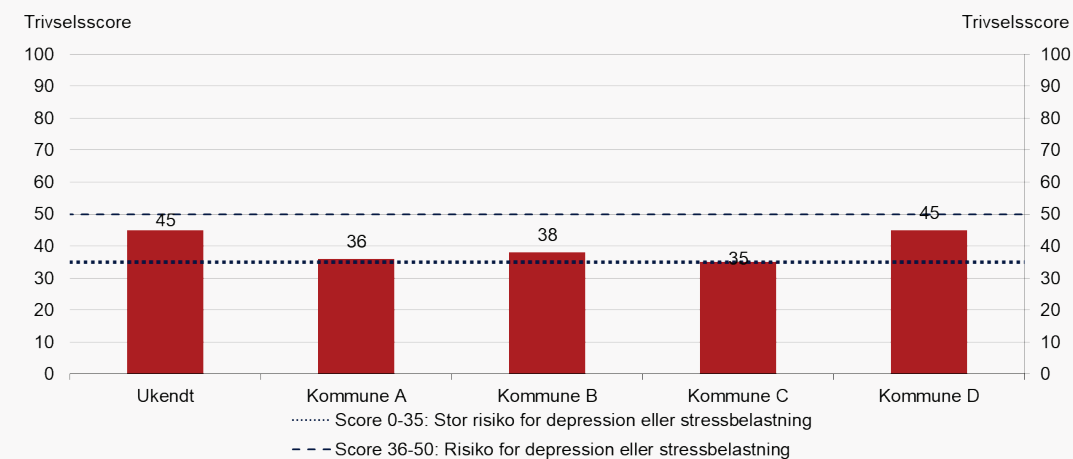
- 1) ... har jeg været glad og i godt humør
- 2) ... har jeg følt mig rolig og afslappet
- 3) ... har jeg følt mig aktiv og energisk
- 4) ... er jeg vågnet frisk og udhvilet
- 5) ... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig

Besvarelsen af de fem spørgsmål omsættes til et pointtal mellem 0 og 100. Jo større pointtal, jo højere trivsel. Ved en score mellem 0 og 35 kan der være stor risiko for depression eller stressbelastning. Mellem 36-50 kan der være risiko for depression eller stressbelastning. Ved en score på over 50 er der umiddelbart ikke risiko for depression eller stressbelastning.

Der er variation i de unges gennemsnitlige trivselsscore på tværs af projektkommunerne, når de starter i indsatsen. Den gennemsnitlige trivselsscore varierer med 10 point fra Kommune D med en gennemsnitlig trivselsscore på 45 til Kommune C, hvor de unge har en gennemsnitlig trivselsscore på 35, jf. figur 4.5. I Kommune A og B er den gennemsnitlige trivselsscore på hhv. 36 og 38. Der er en række besvarelser fra unge, som ikke kan kobles til en projektkommune. For disse unge er den gennemsnitlige trivselsscore på 45.

Figur 4.5:

Gennemsnitlig trivselsscore ved opstart opdelt efter kommuner og målt via WHO-5



Anm.: N=121. Ukendt (n=24), Kommune B (n=37), Kommune C (n=34), Kommune D (n=9), Kommune A (n=17). "Ukendt" dækker over, at det ikke har været muligt at koble spørgeskemabesvarelsen med en kommune.

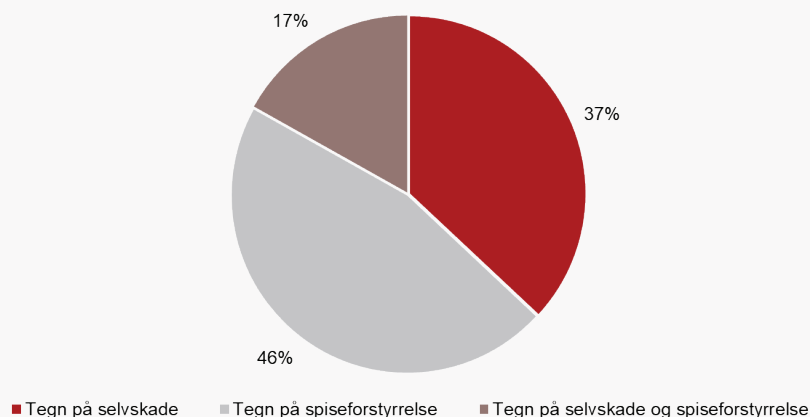
Kilde: Opstartsspørgeskema.

For alle fire kommuner er de unge ved opstart i indsatsen gennemsnitligt i risiko for depression eller stressbelastning. Unge i særligt Kommune C med en gennemsnitlig trivselsscore på 35 ligger lige på grænseværdien til at være i stor risiko for depression eller stressbelastning. Der er indikationer på, at de unge i Kommune Ds indsats er lidt mindre trivselsbelastede sammenlignet med de tre andre kommuner. Det kan skyldes, at de unge bliver opsporet tidligere, hvormed deres problemtyngde kan være mindre. Variationen i trivsel skal fortolkes med forsigtighed, da Kommune D har registreret et lavt antal unge sammenlignet med de tre andre projektkommuner.

4.1.4 Henvendelsesårsag

De unge viser oftere tegn på spiseforstyrrelse end selvskade, når de henvender sig til indsatsen. Knap halvdelen af de unge (46 pct.) viser tegn på spiseforstyrrelse, mens 37 pct. viser tegn på selvskade, jf. figur 4.6. Der er 17 pct., som viser tegn på både selvskade og spiseforstyrrelse ved opstart.

Figur 4.6:
Andel unge opdelt efter årsag til henvendelse ved opstart i indsatsen



Anm.: N=195 unge.

Kilde: Stamdata

Samtalemedarbejdernes registrering af henvendelsesårsag ved opstart er baseret på en vurdering og et øjebliksbillede af den unge. Nogle samtalemedarbejdere beskriver, at særligt selvskade ofte først bliver bragt op i samtalerne med den unge efter nogle gange. Opgørelsen over de unges problematikker skal derfor tolkes ind i konteksten af, at det er samtalemedarbejdernes første umiddelbare vurdering, og at der kan være en tendens til, at særligt selvskadende adfærd først kommer frem i lyset senere i forløbet.

4.1.4.1 Sværhedsgraden af de unges selvskade og spiseforstyrrelse

Målgruppen for indsatsen er unge med *mild* til *moderat* selvskade og/eller spiseforstyrrelse. Indsatsguiden indeholder ikke formelle kriterier for, hvornår selvskaden eller spiseforstyrrelsen er mild til moderat (inden for målgruppen) eller *svær* (uden for målgruppen). Ingen af projektets kommuner har operationaliseret målgruppeafgrænsningen til konkrete kriterier.

Vurderingen af, om en ung er inden for målgruppen og kan tilbydes indsatsen, udgjorde en udfordring for nogle samtalemedarbejdere. I nogle projektkommuner brugte samtalemedarbejdere og ledere meget tid på denne vurdering. Særligt skelnen mellem *moderat* og *svær* var anledning til mange faglige overvejelser. En samtalemedarbejder fortæller, at det har været nødvendigt at involvere ledere i den faglige vurdering for at håndtere udfordringerne med at omsætte målgruppeafgrænsningen til praksis:

Der er ikke nogen kriterier, og det er mega svært. Nogle gange tænker vi, det er let til moderat, når vi møder dem. Så kan der gå 14 dage, og så tænker vi: "Okay, hun har tabt 5 kg. Hun kan slet ikke være her, hun er alt for dårlig". For selvskade er der jo heller ikke rigtig nogen grænser. Derfor har vi har lavet et henvisningsforum, hvor vi skal blive enige om, hvem der skal ind. Vi sidder jo hele tiden og snakker om: Kan det være én i målgruppen, eller er hun ikke i målgruppen? Det er mega svært, fordi hvordan får vi øje på om det er let, moderat eller svært? – Projektdeltager

Der er hertil en opmærksomhed på, at graden af selvskade og spiseforstyrrelse efter nogle samtaler kan vise sig at være større end vurderet ved opstart af forløb. I nogle projektkommuner er

de gået til målgruppevurderingen ved at matche sværhedsgraden af den unges problematik med samtaleforløbets længde og samtalemedarbejdernes kompetencer. En leder fortæller om udfordringen med at skulle opspore unge, som kan hjælpes inden for et bestemt loft for antal samtaler:

Jeg synes det er svært, fordi rigtig mange af de sager vi har fået, de har faktisk været ret svære. Mange af dem er ikke sådan lige at løse på fem samtaler. Så vi ville godt have haft fat i dem noget før. – Leder

I kapitel 5 *Implementering* beskriver vi, hvordan den faglige udfordring med at vurdere om unge kan tilbydes indsatsen, kan afstedkomme forsinkende processer.

4.1.5 Vurdering af den faktiske versus den ønskede målgruppe

Indsatsens ønskede målgruppe er unge mellem 12 og 29 år med mild til moderat grad af selvskade og spiseforstyrrelse, jf. indsatsguiden. De unge kan opleve mistroivsel eller have andre psykiske vanskeligheder, men den selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelse vil være den primære årsag til, at de unge deltager i indsatsen.

Vi kan konkludere, at de unge, der er blevet opsporet og har modtaget indsatsen, ligger inden for aldersspændet, hvor der dog er en overvægt af den yngste del af målgruppen. Samtidig kan vi konkludere, at det er lykkedes at opspore både unge med selvskadende og unge med spiseforstyrret adfærd, som er trivselsbelastede ved opstarten af forløbet.

Hvorvidt de unge i indsatsen ligger inden for definitionen af mild til moderat grad af selvskade og spiseforstyrrelse, kan ikke vurderes i indeværende evaluering. Dette skyldes, at indsatsguiden ikke indeholder kriterier for, hvad der definerer hhv. mild til moderat selvskade og spiseforstyrrelse.

5. Implementering

I dette kapitel vurderer vi, om indsatsen kan implementeres, sådan som den er beskrevet. Denne vurdering underbygges og udfoldes ved at:

- Beskrive hvordan indsatsen er organiseret i de fire projektkommuner, og hvordan indsatsens samtaleforløb er tilbudt
- Vurdere i hvor høj grad indsatsens kerneelementer er implementeret i de fire projektkommuner
- Beskrive hvordan og med hvilke aktiviteter kerneelementernes fokusområder er udført
- Vurdere hvilke faktorer, der er afgørende for implementeringen af den samlede indsats

Boks 5.1:

Hovedfund

- Indsatsen vurderes at kunne implementeres på den måde, den er beskrevet i indsatsguiden. Indsatsguidens samtaleforløb og tre kerneelementer er overordnet set implementeret. Alle fire projektkommuner har implementeret samtaleforløb til unge, og tre ud af fire kommuner har generelt arbejdet i overensstemmelse med kerneelementerne i indsatsen.
- Kerneaktiviteten i indsatsen er samtaleforløb for de unge og eventuelt deres forældre. I praksis ser vi fem samtaletyper i projektkommunerne: 1) ungesamtaler, 2) familiesamtaler og 3) ungegruppesamtaler (alle kommuner), samt 4) forældresamtaler (to kommuner) og 5) forældregruppesamtaler (to kommuner). På tværs af de fire kommuner varer et samtaleforløb for den unge gennemsnitligt 143 dage. Tre ud af fire unge deltager i individuelle ungesamtaler (evt. i kombination med forældresamtaler), mens én ud af fire unge deltager i gruppesamtaler med andre unge eller i en kombination af gruppe- og individuelle samtaler.
- Der er meget stor variation i, hvilke greb og aktiviteter som kommunerne har anvendt for at udføre indsatsguidens 11 fokusområder. Vi vurderer, at alle fokusområder under *Kerneelement 2: Udgangspunkt i den enkelte unge* matcher indsatsguiden, mens fokusområdet Opsporingsredskab under *Kerneelement 1 Opsporing* samt fokusområderne samtaletilbud til forældre og fokus på søskendes mistrivsel under *Kerneelement 3 Familie- og netværk* ikke matcher alle fire kommuners praksis.
- Indsatsen er organiseret forskelligt i de fire projektkommuner. På tværs af forskellige organiseringer viser interviews med samtalemedarbejdere og ledere dog, at følgende faktorer er afgørende for implementering: kompetencefokus og sparring, sammenhæng til etablerede tilbud og tværorganisatorisk ledelse.

Vi indleder kapitlet med et overblik over væsentlige ligheder og forskelle i projektkommunernes organisering af samtaletilbud, idet deres organisering af samtaletilbud har haft stor betydning for, hvordan de udfører indsatsguidens tre kerneelementer. Organiseringen har også haft stor betydning for, hvad der har været særligt afgørende for at få en god implementering. Dernæst følger et afsnit, som tegner en karakteristik af de forskellige samtaleforløb, som projektkommunerne har tilbudt unge og forældre til unge med selvskade og spiseforstyrrelse.

I vurderingen af om indsatsen er implementeret sammenholder vi indsatsguiden med projektkommunernes praksis. Det er vigtigt for at forstå evalueringens fund, at indsatsguiden først er blevet færdigudviklet og beskrevet efter projektets afslutning. Dermed har de fire projektkommuner ikke kendt til indsatsguiden i sin endelige form, mens de har arbejdet i projektet.

Kapitlet indeholder et afsnit for hvert kerneelement i indsatsguiden. Hvert afsnit starter med en opsummering af kerneelementets implementeringsgrad i de fire projektkommuner. Herefter udfolder vi, hvordan og med hvilke aktiviteter de tre kerneelementer praktiseres.

Afslutningsvis beskriver vi i dette kapitel faktorer, som har været afgørende for implementering af indsatsen.

5.1 Organisering af indsatsen i de fire kommuner

Organiseringen af indsatsen og rammerne for samtaleforløbene varierer på tværs af de fire projektkommuner. Kommune A og C har etableret to store tværorganisatoriske teams af samtalemedarbejdere, som tilbyder individuelle- og gruppesamtaler i samarbejde på tværs af hhv. børn- og familieenheder og voksenområdet, jf. tabel 5.1. Kommune B har etableret ét team af to medarbejdere med samme leder, og Kommune D har etableret tre forholdsvist separate samtaletilbud. Ser vi på projektkommunernes loft på antal samtaler, som den unge tilbydes, så har Kommune A haft det laveste loft på antallet af ungesamtaler (fem samtaler), mens Kommune B ikke har haft et formelt loft på antal ungesamtaler.

Alle projektkommunerne har foruden individuelle samtaler også etableret gruppeforløb, men de har valgt at sammensætte deres grupper forskelligt i forhold til udfordringsbillede, alder og indtag i gruppen. Gruppeforløb i Kommune B og D er tilbudt til unge med en række forskellige trivselsproblematikker. Kommune C har tilbudt gruppeforløb specifikt til unge med både selvskade og spiseforstyrrelse, mens Kommune A alene har tilbudt gruppeforløb til unge med spiseforstyrrelse.

Tabel 5.1:
Organisering af indsatsen og rammer for samtaler i de fire projektkommuner

	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
Samtalemedarbejdere				
Forankring af samtalemedarbejdere	Tværorganisatorisk team	Team forankret under én leder	Tværorganisatorisk team	Separate teams
Antal samtalemedarbejdere	6	2	9	8
Individuelle ungesamtaler				
Aldersafgrænsning	12-29 år	12-29 år	12-29 år	12-29 år
Antal samtaler	Loft på 5	Intet loft	Loft på 12	Intet loft
Ungegruppesamtaler				
Aldersafgrænsning	18-29 år	14-17 år 18+ år	12-14 år 15-22 år	18-29 år 16-25 år
Antal samtaler	Intet loft	Intet loft	Ca. 8 Intet loft	Ca. 13 Ca. 17
Gruppestørrelse	2-8	Max 7	5-8 5-8	Max 8 Max 10
Indtag i gruppe (åben/lukket)	Åben*	Åben	Lukket Åben	Åben Lukket
Gruppesammensætning	Spiseforstyrrelse	Trivsel	Selvskade og spiseforstyrrelse	Trivsel

Anm.: *Åben gruppe betyder, at der er løbende indtag af nye unge og dermed ikke en start- eller slutdato.

Kilde: Omkostningsinterviews samt samtalemedarbejder- og lederinterviews.

5.2 Samtaleforløb

I dette afsnit udfoldes projektkommunernes samtaleforløb i forhold til typer af forløb, som de har implementeret, samt det gennemsnitlige antal samtaler og forløbslængde i hver kommune.

5.2.1 Forløbstyper

Indsatsens kerneaktivitet består af samtaleforløb til unge og forældre eller øvrigt netværk. Netværk kan være søskende, kærester, støttekontaktpersoner, lærere m.fl. Samtaleforløbene er grupperet i forskellige typer, hvilket er udfoldet nedenfor, jf. tabel 5.2.

Tabel 5.2:
Typer af samtaleforløb og samtaler

Forløbstyper	Samtaletyper	Beskrivelse
Unge-forløb	Ungesamtale	Individuel samtale med en ung og samtalemedarbejder.
	Familiesamtale	Den unge deltager i samtaler sammen med én eller flere forældre eller øvrigt netværk. Familiesamtale kan både udføres med én eller to samtalemedarbejdere.
Unge-gruppeforløb	Ungegruppesamtale	Den unge deltager i gruppesamtaler med andre unge med lignende problematikker og to samtalemedarbejdere.
Unge-kombiforløb	Kombinerede samtaletyper	
Forældreforløb	Forældresamtale	En eller flere forældre taler med samtalemedarbejderen uden den unge.
	Forældre- eller netværksgruppesamtale	Forældre eller netværk deltager i gruppesamtale eller forældrecafé med forældre eller netværk til unge, der har lignende problematikker, og to samtalemedarbejdere.

Anm.: Forløbstyper er kategorier, som er skabt inden indsatsen blev iværksat. Samtaletyper er kategorier, som er baseret på interviews og ligger nærmere projektkommunernes egne betegnelser for deres samtaletilbud.

Kilde: Aktivitetsdata og interviews.

På tværs af de fire projektkommuner er der tilbudt flest unge-forløb. Hovedparten af de unge deltager udelukkende i unge-forløb, dvs. ungesamtaler eventuelt i kombination med familiesamtaler. På tværs af projektkommunerne har tre ud af fire unge (76 pct.) deltaget i et unge-forløb, mens 13 pct. har fået et unge-gruppeforløb, og 11 pct. har fået et unge-kombiforløb bestående af både individuelle- og gruppesamtaler, jf. tabel 5.3. Ungegruppesamtaler har dog ikke været startet op uden minimum én individuel samtale.

Tabel 5.3:
Andel unge opdelt på forløbstyper (pct.)

	På tværs	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
Unge-forløb	76	88	84	63	75
Unge-gruppeforløb	13	-	-	33	*
Unge-kombiforløb	11	13	16	4	*

Anm.: N=186 på tværs, N=32 for Kommune A, N=67 for Kommune B, N=67 for Kommune C, N=20 for Kommune D. Gruppeforløb indledes med en enkelt individuel opstartssamtale. For Kommune A summerer andelen ikke til 100 pct. grundet afrunding. Hvis opgørelsen er angivet med *, er der foretaget en diskretionering af data, da der er for få observationer.

Kilde: Stam- og aktivitetsregistreringer.

Et unge-kombiforløb med både individuelle ungesamtaler og ungegruppesamtaler kan ifølge samtalemedarbejdere og ledere være relevant i forskellige situationer, da forløbet skal tilpasses den unges behov og ønsker. Nogle unge indgår i et gruppeforløb, men modtager sideløbende individuelle ungesamtaler, hvis der for eksempel opstår behov for at vende noget med en behandler uden for gruppen. Andre unge kan have opstartsbarrierer ved at skulle indgå i en gruppe og modtager først et antal individuelle ungesamtaler, som ophører, når den unge indgår i gruppen.

Det er yderst få, der starter direkte i gruppen. De starter altid med nogle individuelle samtaler, inden de kommer i gruppen. [...] Der er sådan en forestilling om, at gruppe det er rigtig rigtig farligt. [...] De er altid en lille smule forbeholdne over for at skulle starte i gruppe, så derfor starter de altid med nogle individuelle samtaler, hvor man ligesom bygger op til at; "lige om lidt så skal du faktisk i gruppe, fordi det kan vi se er det bedste for dig, og det vurderer vi, vil være rigtig godt". Så starter de i gruppe derefter. Nogle starter efter to gange, andre starter måske efter fem gange. – Projektdeltager

I de kommuner, som har loft på ungesamtaler, fortæller samtalemedarbejdere og unge, at ungegruppesamtalerne også kan tilbydes, hvis den unge fortsat har behov for samtaler, men det ikke er muligt at tilbyde flere individuelle ungesamtaler.

5.2.2 Antal samtaler

Der er variation i antallet af ungesamtaler, som de unge deltager i på tværs af projektkommunerne. Unge i Kommune D deltager i flest ungesamtaler med et gennemsnit på 12,8 samtaler, mens unge i Kommune A har deltaget i færrest samtaler med gennemsnitligt 5,7 samtaler, jf. tabel 5.4. På tværs af projektkommunerne har de unge i gennemsnit modtaget 7,8 ungesamtaler i deres forløb.

Antallet af ungegruppesamtaler, som de unge gennemsnitligt deltager i, varierer også mellem projektkommunerne. I Kommune A, hvor der ikke er loft på antal samtaler i den åbne gruppe, modtager de unge gennemsnitligt 20,5 gruppesamtaler, hvilket er over dobbelt så mange samtaler sammenlignet med Kommune C, hvor de unge i gennemsnit modtager 7,4 gruppesamtaler. På tværs af projektkommunerne har de unge, der har deltaget i minimum én gruppesamtale, i gennemsnit deltaget i 10,5 gruppesamtaler.

Tabel 5.4:
Gennemsnitligt antal ungesamtaler og ungegruppesamtaler

	På tværs	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
Gns. antal ungesamtaler	7,8	5,7	8,7	6,0	12,8
Gns. antal ungegruppesamtaler	10,5	20,5	12,8	7,4	12,8

Anm.: N=186 på tværs, N=32 for Kommune A, N=67 for Kommune B, N=67 for Kommune C, N=20 for Kommune D. Gennemsnittet af antal ungesamtaler er baseret på unge, der har modtaget mindst én ungesamtale. Gennemsnittet af antal ungegruppesamtaler er baseret på unge, der har modtaget mindst én ungegruppesamtale. Ungesamtalerne er inklusiv opstartssamtale.

Kilde: Stam- og aktivitetsregistreringer.

5.2.3 Forløbslængde

De unges gennemsnitlige forløbslængde ligger på knap fem måneder (143 dage), jf. tabel 5.5, og er forholdsvis ens på tværs af projektkommunerne. Gennemsnitslængden på unge-forløb og unge-gruppeforløb varierer ikke meget, mens unge-kombiforløb generelt er længere end de to andre forløbstyper. Eksempelvis varer et unge-forløb i Kommune A i gennemsnit knap fire måneder (116 dage), imens et unge-kombiforløb i gennemsnit varer lidt over et år (380 dage).

Tabel 5.5:
Forløbslængde opdelt på type af samtaleforløb (antal dage)

	På tværs	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
Alle forløb	143	126	168	129	129
Unge-forløb	128	116	142	118	129
Unge-gruppeforløb	141	-	-	141	-
Unge-kombiforløb	319	380	324	222	-

Anm.: N=171 på tværs, N=41 for Kommune A, N=62 for Kommune B, N=61 for Kommune C, N=7 for Kommune D. Gennemsnittet. Opgørelsen er baseret på unge, der er afsluttede ved udgangen af projektet.
Kilde: Stam- og aktivitetsregistreringer.

5.3 Indsatsguidens kerneelementer

Det følgende indeholder et afsnit for hvert af indsatsguidens tre kerneelementer. Vi indleder hvert afsnit med et overblik over, hvordan kerneelementet er beskrevet i indsatsguiden. Herefter følger en vurdering af implementeringsgraden i de fire kommuner. Slutteligt beskriver vi, hvordan og med hvilke aktiviteter de tre kerneelementer praktiseres i projektkommunerne.

I vurderingen af, om indsatsen er implementeret, sammenholder vi projektkommunernes praksis i initiativet med indsatsguiden. For hvert kerneelement har vi vurderet de fire projektkommuners implementeringsgrad ud fra en simpel skala:

- Implementeret: Alle kerneelementets fokusområder matcher indsatsguidens beskrivelse.
- Delvist implementeret: Nogle, men ikke alle, kerneelementets fokusområder matcher indsatsguidens beskrivelse.
- Ikke implementeret: Ingen af kerneelementets fokusområder matcher indsatsguidens beskrivelse.

5.4 Kerneelement 1: Opsporing

Det er i henhold til indsatsguiden vigtigt, at de unge bliver hjulpet tidligt, så risikoen for mere alvorlige og indgribende behandlingsforløb nedbringes. Kerneelementet har tre fokusområder:

- Fokusområde 1: Indsatsen bør være *lettilgængelig for unge og deres netværk*. Det anbefales, at man kan tilgå indsatsen anonymt, og at den kan tilbydes uden visitation.
- Fokusområde 2: Derudover bør der arbejdes strategisk med at skabe *kendskab til indsatsen blandt relevante aktører*, som kan opspore og henvise unge til indsatsen.
- Fokusområde 3: Kommunen stiller et *fælles opsporingsredskab til rådighed for alle aktører*, som kan møde målgruppen i deres daglige arbejde. Redskabet skal understøtte, at fagpersonale 1) føler sig klædt på til at tale med de unge om problematikker relateret til selvskade og spiseforstyrrelse, 2) kan vurdere, hvor alvorlige symptomerne er, samt 3) at de ved, hvordan de kan henvise unge til indsatsen.

5.4.1 Vurdering af implementeringsgrad

Vi vurderer, at kerneelementet er implementeret i to ud af fire projektkommuner. Kommune A og C har iværksat en indsats, som efterlever kerneelementet. Det har de gjort ved at arbejde systematisk med at skabe et lettilgængeligt tilbud, som er synligt for både unge, netværk og relevante aktører, og ved at iværksætte et opsporingsredskab.

Vi vurderer, at kerneelementet er delvist implementeret i Kommune B og D. Kommune B har arbejdet systematisk med at skabe et lettilgængeligt tilbud, som er synligt for både unge, netværk og frontmedarbejdere. Der anvendes dog ikke et opsporingsredskab til frontmedarbejdere. Kommune D har arbejdet systematisk med at sætte fokus på målgruppen og uddanne medarbejdere i kommunen, dog uden et fælles opsporingsredskab. Kommunen er desuden primært lykkedes med at iværksætte opsporing til indsatsen i kommunalt sundhedsregi og på uddannelsesområdet.

I det følgende beskriver vi, hvordan og med hvilke greb kerneelementets tre fokusområder er implementeret.

5.4.2 Fokusområde 1: Indsatsen er lettilgængelig for de unge

Det har været muligt at henvende sig uvisiteret, dvs. uden vurdering af myndighedsperson eller uden underretning, og anonymt til indsatsen i alle projektkommuner. I Kommune A og C har unge og netværk også kunne henvende sig gennem en åben anonym rådgivning, som var et etableret og kendt tilbud blandt borgere og andre aktører i kommunen. Indsatsen er tilgængelig for unge, og det er muligt at finde kontaktoplysninger eller kontaktformulere til indsatsen på projektkommunernes hjemmesider. En enkelt projekt kommune har gjort opmærksom på indsatsen gennem sociale medier.

Forældre og unge udtrykker generelt, at det har været nemt at komme i gang med indsatsen. En forælder fortæller følgende om en nem opstartsproces, hvor hun sammen med sit barn er blevet lovet hjælp allerede ved telefonisk henvendelse:

Jeg snakkede med en person i telefonen. Hun sagde, at det lød fornuftigt [red. at den unges udfordringer matchede indsatsen]. De var glade for, at lægen havde henvist os til dem, og de ville i hvert fald gerne hjælpe. Vi ville blive kontaktet af en. Så skrev [samtalemedarbejderen] til mig, det er hende vi har haft gennem hele forløbet. – Forælder

I Kommune A og C er der foregået en mere omfattende vurdering af den enkelte unge i henvisningsprocessen, inden den unge har kunnet starte i indsatsen. I de to kommuner, er der både unge og forældre, som har oplevet, at indsatsen er lettilgængelig og forældre, som har oplevet det modsatte. Henvisningsprocessen har i de to kommuner bestået af to trin:

- Udfyldelse af henvisningsblanket
- Faglig drøftelse (både samtalemedarbejdere og ledere) af matchet mellem den unges problematik, initiativets målgruppeafgrænsning og indsatsens rammer og indhold

Nogle unge og forældre har fået hjælp til at udfylde blanketten af en samtalemedarbejder, fx til en forvisiterende samtale, eller har fået det udfyldt af en samtalemedarbejder. Andre er blevet bedt om at udfylde den selv, hvilket bliver oplevet som et besværliggørende led. En forælder beskriver, hvordan henvisningsprocessen kan skabe usikkerhed om, hvornår og hvorvidt de ville få hjælp:

Kommunen har en formular, som man sender afsted. Der kom ikke nogen kvittering tilbage. Men man fik at vide, at man ville blive kontaktet, men der gik så lang tid. Jeg tror, jeg fik sendt et par stykker afsted. Det er så åbenbart, fordi så har de en visitationsmøde en gang imellem, men det står ikke rigtigt skrevet nogen steder. Så jeg vidste ikke rigtigt, om den her ansøgning var gået igennem. – Forælder

Interviews med forældre og unge viser desuden, at det kan være svært at få formidlet muligheden om et uvisiteret og anonymt tilbud til alle relevante aktører. Flere af de interviewede unge har fået tilbudt samtaler på baggrund af ikke-anonyme henvendelser og eventuelt underretninger. Enkelte forældre er blevet informeret af egen læge om, at det var nødvendigt at lave en underretning på deres barn for at få hjælp fra kommunen. Det tyder på, at henvisende aktører på daværende tidspunkt ikke kendte nok til indsatsen, herunder at den har kunnet startes uvisiteret.

I Kommune B sikres en lettilgængelig indsats blandt andet ved, at *indgangen* til indsatsen er et sted, hvor man favner bredt i forhold til de unges problematikker. Her tilbydes indsatsen under samme tag som blandt andet støtte til unge med rusmiddel- og mere brede trivselsproblematikker. Her har der været en mindre formaliseret tilgang til henvisning til indsatsen. Vurderingen af, hvorvidt den unges problematik har matchet indsatsens indhold og kapacitet, er primært foregået på medarbejderniveau. I Kommune B har unge kunnet henvende sig med en bred vifte af trivselsproblematikker, og det har ikke været nødvendigt at afklare den unges præcise problematik før opstart af samtaler:

Fordi [indsatsen] er jo etableret i et hus, og er ligesom et supplement til alt det andet, vi har her. Hvis de har ringet ind til husets telefon, og der allerede der er blevet nævnt noget med en problematik i forhold til noget spisning eller noget selvskade, så ryger de oftest direkte til os. [...] Men hvis vi først opdager det efter noget tid, så siger vi "hov, vidste du faktisk, at jeg er ansat på grund af det her, og at vi faktisk har et projekt, og at du kan være med til måske at skabe en indsats for andre, ligesom dig, senere hen". – Projektdeltager

Samtalemedarbejdere og ledere fortæller, at det har gjort det muligt at tilbyde indsatsen meget hurtigt efter henvendelse:

Det skal ikke være sådan, at de skal igennem en eller anden forvaltning først, som skal skrive en eller anden ting, som skal videre til de næste osv. Det tager for lang tid. Hvis vi skal gribe de unge, så skal vi gribe dem, når de er motive-rede for det. Det er de måske et splitsekund nogle gange. Så når de ringer i det splitsekund, så skal vi være der til at gribe dem. – Projektdeltager

Der er ses en variation mellem kommunerne i forhold til, hvordan de unge primært er blevet henvist til indsatsen. Indsatsguiden foreskriver, at det skal være muligt at henvende sig på egen hånd, og både interviews og stamdata viser, at selvhenvisning er en mulighed i alle fire kommuner. Det er cirka hver femte ung, som enten selv har henvendt sig, eller hvor forældre for eksempel har læst om indsatsen og henvendt sig på deres vegne, jf. tabel 5.6. I Kommune A har 33 pct. af de unge henvendt sig på egen hånd eller via forældre og netværk, mens det i Kommune D kun er 5 pct. af de unge, som er kommet ind i indsatsen på egen hånd. I Kommune D er halvdelen af de unge derimod blevet henvist gennem uddannelsesområdet eller vejledningsområdet og 25 pct. gennem sundhedsområdet. I Kommune C er 64 pct. af de unge henvist gennem socialområdet, hvilket kun gør sig gældende for 5 pct. af de unge i Kommune A. For Kommune B er der en nogenlunde ligelig fordeling af områder, hvorfra de unge er blevet henvist, på ca.15-25 pct. fra hvert område.

Tabel 5.6:
Henvisningssted for unge i de fire kommuner (pct.)

	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D	I alt
Den unges netværk eller på egen hånd	33	21	13	5	19
Uddannelsesområdet eller Vejledningsområdet	29	18	9	50	20
Socialområdet	5	21	64	10	32
Sundhedsområdet (egen læge og kommunale sundhedstilbud)	14	25	7	25	17
Andet, Jobcenter eller ukendt	19	15	7	10	13

Anm.: N=199 i alt, N=42 for Kommune A, N=67 for Kommune B, N=70 for Kommune C, N=20 for Kommune D. For 'i alt' summerer andelen ikke til 100 pct. grundet afrunding.

Kilde: Stamdata.

Interviews med samtalemedarbejdere, unge og forældre understøtter, at unge ofte har fået kendskab til indsatsen gennem andre offentlige instanser. I det følgende afsnit vil der blive perspektiveret til ovenstående tabel i udlægningen af, hvor synlig indsatsen har været.

5.4.3 Fokusområde 2: Indsatsen er synlig for andre kommunale aktører

Alle projektkommuner har arbejdet strategisk med at skabe synlighed omkring indsatsen og opmærksomhed på målgruppen hos forskellige instanser. Evalueringen kan ikke vise, om indsatsen er kendt alle relevante steder, da vi udelukkende har interviewet samtalemedarbejdere og ledere i indsatsen. Interviews med forældre viser, at det i nogle kommuner har taget noget tid at skabe synlighed. Enkelte forældre fortæller om at have henvendt sig til det offentlige flere steder, før de blev tilbudt hjælp i denne indsats.

Alle fire kommuner har henvist gennem uddannelsesområdet, socialområdet og sundhedsområdet og er dermed lykkedes med skabe synlighed om indsatsen på disse områder. Det er særligt projektledere og ledere, men også udvalgte kernemedarbejdere, som har arbejdet på at skabe synlighed omkring indsatsen i de fire kommuner. Hver projektkommunes strategi har indeholdt en kombination af forskellige tiltag, hvoraf dette afsnit vil fokusere på:

- Opsporingsnetværk
- Fremskudt medarbejder
- Netværksmøder
- Oplysnings- og kompetencearrangementer
- Uformelle besøg ved leder eller medarbejder

Opsporingsnetværk har været etableret eller videreført med det todelte fokus at skabe opmærksomhed omkring selvskade og spiseforstyrrelse samt opmærksomhed omkring selve indsatsen. Et formaliseret opsporingsnetværk blev brugt i Kommune A og C. Et eksempel på et opsporingsnetværk i en af kommunerne, er et netværk med deltagelse af medarbejdere og ledere fra Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU), sundhedspleje, beskæftigelse/jobcenter, SSP, myndighed på børne- og familieområdet, tilbud i familiecenter, SEL § 99³, skolelærere, familieplejeteam,

³ Kommunen sørger for tilbud om en støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser, til personer med et stof- eller alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, jf. Serviceloven, § 99.

misbrugscenter og væresteder. Den primære aktivitet i netværket har været to årlige møder med faglige oplæg.

Fremskudt medarbejder er en strategi til at skabe synlighed, som bygger på, at det skal være nemt for unge og aktører at henvende sig fysisk til en samtalemedarbejder. I kommune D har man arbejdet med at brobygge til uddannelsesområdet, hvilket for eksempel har været understøttet af, at en samtalemedarbejder har været placeret på uddannelsesinstitutioner. Derfra har samtalemedarbejderen både kunnet tage en uformel snak med en ung eller en bekymret underviser, som måske har ledt til en henvisning, men har også kunnet foretage ungesamtaler. Halvdelen af de unge fra Kommune D er henvist fra uddannelsesområdet, hvilket samtalemedarbejdere og ledere vurderer har været gavnligt.

Netværksmøder kan også bruges til at informere om et tilbud. I Kommune B har man haft succes med at holde netværksmøder for PPR, sagsbehandlere, lærere, sundhedsplejersker, børne- og ungdomspsykiatrien mv., hvor man tilbyder information om relevante temaer og tilbud i huset.

Oplysnings- og kompetencearrangementer er set i alle fire kommuner i forskellige afskygninger. Her er synlighed omkring indsatsen kombineret med formålet om at skabe generel opmærksomhed omkring problematikken og et ønske om at højne kompetencerne til at håndtere målgruppen i resten af kommunen. Nogle projektkommuner har identificeret etablerede fora, hvor det har været relevant at holde oplæg. Et eksempel er, at Kommune C har gjort opmærksom på indsatsen gennem oplæg i det Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU), hvilket projektlederen oplever har givet nogle enkelte henvisninger. Andre gange har projektledere og ledere taget kontakt til enkelte institutioner ad gangen og afdækket muligheden for at få lov at holde et oplæg. Samtalemedarbejdere og ledere beskriver, at det er nødvendigt at gøre sig tanker om, hvordan man tilbyder viden, som aktørerne ikke har i forvejen, og hvordan man får etableret sit tilbud som et kompetent og tillidsvækkende tilbud.

Uformelle besøg ved samtalemedarbejdere eller leder nævnes af samtalemedarbejdere og ledere som et gavnligt tiltag. Det er en måde at "sætte et ansigt på" samtalemedarbejdere eller ledere i indsatsen og etablere samarbejdsrelationer til de aktører, som potentielt kan henvise til indsatsen. Uformelle besøg er eksempelvis brugt hos uddannelsesinstitutioner og alment praktiserende læger, der er en aktørgruppe, som er svære at kommunikere samlet til, fordi de udgør selvstændige organisationer.

I Kommune B, hvor henvisningsvej fra egen læge er den mest frekvente (relativt til de øvrige kommuner), har de haft fokus på skabe viden om indsatsen via fysiske besøg hos alle praktiserende læger i kommunen:

Vi besøger alle læger i kommunen en gang om året, og de hører, hvad vi har på banen. Det skal være sådan at frontpersonalet, eller dem der først opdager mistvivlen, de skal have en let henvisningsadgang. Jeg kommer i deres frokostpause. Jeg kan jo se hver gang, jeg har været ude til lægerne, så så kommer der jo bare virkelig mange. – Projektdeltager

Interviewene viser også eksempler på, at samtalemedarbejdere har besøgt forskellige uddannelsesinstitutioner, såsom grundskoler, forberedende grunduddannelse (FGU), særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU) og gymnasiale uddannelser. Besøg kan eksempelvis bestå af et fagligt oplæg, men kan også handle om at blive et kendt ansigt og skabe relationer til unge og lærere.

Selvom alle fire projektkommuner har arbejdet på at skabe synlighed om indsatsen blandt mange aktører, er der dog nogle af kommunerne, hvor de unge hovedsageligt er henvist gennem en enkelt henvisningsvej, jf. tabel 5.6. For eksempel er en stor del af de unge fra Kommune C (64 pct.) henvist fra socialområdet.

5.4.4 Fokusområde 3: Fælles opsporingsredskab til frontpersonale

Kommune A og C har arbejdet med et opsporingsredskab som en del af deres opsporingsstrategi. Formålet har været at understøtte frontmedarbejdere i andre institutioner (fx skoler og uddannelsesinstitutioner) i at afholde en opsporende samtale med en ung med mistrivelsesproblematik og mistanke om enten selvskade eller spiseforstyrrelse. Begge kommuner har været inspirerede af et opsporingsredskab, som er udviklet af Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade⁴. Foreningen har udviklet målrettede redskaber til spiseforstyrrelse og selvskadende adfærd, der guider til en samtale med den unge om nogle fastlagte temaer, som kan udmunde i en vurdering af, i hvor høj grad disse problematikker er på spil. Redskaberne kan ikke bruges til diagnosticering, men er udviklet på baggrund af validerede screeningsredskaber.

En kommune har gjort opsporingsredskabet tilgængeligt på kommunens hjemmeside og videreformidlet til almenområdet og andre aktører igennem deres opsporingsnetværk. Den anden kommune har opsporingsredskabet hovedsageligt har været kommunikeret ud til lærere, vejledere og forældre på Aula. Der har ikke været en systematisk opfølgning på opsporingsredskaberne i kommunerne. Interviews med samtalemedarbejdere og ledere peger på en udbredt holdning om, at et skriftligt opsporingsredskab ikke er specielt gavnligt for opsporing til deres indsats. Det bliver begrundet med forskellige argumenter, som udfoldes nedenfor:

- Opmærksomhed på indsatsen sikres bedre gennem *fremmøde og relationer*
- En indledende drøftelse af symptomer er *ikke gavnligt for det videre forløb*
- Redskaber, som er (for) styrende, kan *gøre samtalen mindre nærværende*
- Screeningsredskaber kan opleves som *sygelliggende*

Fremmøde og relationer nævnes som gode måder at opspore. Den mundtlige kommunikation med skoler og lærere kan opleves som mere gavnlige end skriftligt materiale i forhold til at sikre opmærksomhed og henvisninger til indsatsen:

Det gav ikke så meget at hænge materialer op på opslagstavler. Jeg tror det, der giver noget, det er at komme derud og vise flaget. Folk de gider ikke at have en pjece og et telefonnummer. Hvad skal man lige med det? Vi kan i hvert fald se, at dem der henvender sig hos os, det er tit nogen, hvor vi lige var ude på en skole. – Projektdeltager

I forlængelse af dette argument oplever nogle samtalemedarbejdere og ledere, at det kræver opmærksomhed på nogle andre faresignaler (end unge med øvrige trivselsproblematikker) at opdage selvskade og spiseforstyrrelse. Dette kan tale for et opsporingsredskab til at opdage faresignaler hos de unge på fx almenområder:

Det gælder jo om at få alle de mennesker, der er tæt på de unge mennesker til at være lidt obs. på, hvorfor går de med de her store trøjer, og hvorfor er det, de ikke vil være med i bad i idræt og så videre. For det er jo dér, man kan spotte dem først og fremmest. – Projektdeltager

⁴ <https://spiseforstyrrelse.dk/viden/vejledning-til-fagpersoner/opsporingsredskaber-til-boern-unge>

Samtalemedarbejdere og ledere i andre kommuner oplever ikke, at det er så afgørende at se de specifikke faresignaler for netop selvskade og spiseforstyrrelse, når der er tale om en forebyggende indsats. At opsporingsredskabet kan være en kontraproduktiv indledning på *et videre samtaleforløb* fremlægges af samtalemedarbejdere og ledere som et argument mod opsporingsredskaber. I forlængelse heraf oplever nogle samtalemedarbejdere og ledere, at den indledende samtale hellere skal omhandle de trivsels- og relationsproblematikker, som har forårsaget den selvskadende eller spiseforstyrrede adfærd:

Vi taler om, at tidlig forebyggelse handler om noget andet end den adfærd, vi kan se. Adfærden er selvskade og spiseforstyrrelse. Men deres udfordringer handler rigtig meget om relationer og relationskonflikter. At spørge dem til hvor meget selvskader du, hvor tit har du gjort det, er i virkeligheden ikke særlig interessant. Vi er mere interesseret i, hvad de bøvler med. Der handler det om at tage den samtale med den unge om, hvordan de har det. – Projektdeltager

I Kommune C, Kommune A og Kommune B er det en udbredt holdning, at det vigtigste for det videre forløb er at få henvist de unge til kommunen, uanset om de har symptomer på selvskade og spiseforstyrrelse eller ej. En projektdeltager forklarer:

Vi vil meget hellere have, at vi er synlige. Det der er vores "opsporingsredskab". Det er, at de ringer til os. [...] Ja, så ringer de og siger: "Jeg har en ung her. Hvad tænker I?" Eller de ringer selv i deres pause: "Jeg har den her problematik". Så er det meget nemt. – Projektdeltager

Nogle medarbejdere oplever, at *nærværet i samtalen risikerer at blive mindre* med et opsporingsredskab, der bygger på styrende spørgsmål for samtalen:

De sagsbehandlere og lærere og dem, der møder de unge, skal snakke med den unge og sige: "Hvad kan jeg hjælpe dig med?". Vi har ændret tilgang undervejs. Så børn og unge ikke bliver mødt af skemaer. Men bliver mødt med mennesker, der har lyst til at snakke med dem. Så at det mere er en samtale. – Projektdeltager

Selvom opsporingsredskaberne ikke er tænkt som diagnoseværktøjer, er enkelte samtalemedarbejdere af den opfattelse, at de kan *medvirke til at sygeliggøre* de unge. Dette oplever de pågældende samtalemedarbejdere ikke som gavnligt for at få de unge til at sige ja til et samtaletilbud.

5.5 Kerneelement 2: Udgangspunkt i den enkelte unge

Årsagerne til, at de unge udvikler selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse, er komplekse og baseret på en kombination af flere forskellige risikofaktorer. Da de bagvedliggende årsager varierer fra ung til ung, er det helt afgørende, at den fagprofessionelle sikrer, at indsatsen tager udgangspunkt i den enkelte unges ønsker og behov.

Dette sikres gennem fem fokusområder:

- Fokusområde 1: Indsatsen skal tilpasses, så både ungesamtaler og ungegruppesamtaler tager udgangspunkt i den *enkelte unges ønsker og behov*.
- Fokusområde 2: Kommunen skal tilbyde *hjælp til den unge rettidigt*, det vil sige, når hjælpen er nødvendig, og når den unge er parat til at modtage hjælpen.
- Fokusområde 3: *Fagprofessionelle skal have forståelse for den dobbelthed* og ambivalens, som er knyttet til den unges adfærd, hvilket betyder, at den unge ofte (men ikke

altid) ønsker at komme af med sin selvskadende adfærd og spiseforstyrrelsen, samtidig med, at adfærden udgør en vigtig mestringsstrategi i deres liv.

- Fokusområde 4: Den fagprofessionelle skal sørge for at *rammesætte indsatsen tydeligt over for den unge* og sætte tydelige mål.
- Fokusområde 5: Den fagprofessionelle skal *løbende og systematisk følge op* på, om indsatsen bidrager til at imødekomme den unges håb, ønsker, drømme og mål for indsatsen.

5.5.1 Vurdering af implementeringsgrad

Vi vurderer samlet, at kerneelement 2 er implementeret i overensstemmelse med indsatsguiden i alle fire projektkommuner.

Interviews med samtalemedarbejdere og ledere viser, at alle projektkommuner har arbejdet målrettet med, at indsatsen skal matche den enkelte unges ønsker og behov. Ifølge samtalemedarbejdere og ledere arbejdes der med alle fokusområder i alle fire kommuner. Samtaleforløbet tilpasses den enkelte unges ønsker og behov, så der skabes rammer for, at indsatsen kan være rettidig, at medarbejderne er klædt på til både at validere og udfordre de unge og dermed forstå dobbeltheden i selvskade og spiseforstyrrelse, at der arbejdes med rammesætning af indsatsen og følges løbende op på de unges behov og ønsker.

I det følgende beskriver vi, hvordan og med hvilke greb kerneelementets fem fokusområder er implementeret.

5.5.2 Fokusområde 1: Indsats på baggrund af de unges ønsker og behov

I alle fire projektkommuner er der stor opmærksomhed på, at indsatsen skal tilpasses den enkelte unges individuelle behov. Det betyder eksempelvis, at indsatsen ikke kun handler om at nedbringe den selvskadende eller spiseforstyrrede adfærd. Interviews med unge og forældre viser, at relationelle konflikter fylder meget i samtalerne. I alle fire kommuner viser interviews med unge og forældre, at samtalemedarbejderne lykkes med at tilpasse indsatsen, så samtalerne adresserer dét, som den enkelte unge har brug for. Det betyder, at samtalerne kan handle om skole, venner, ensomhed, selvværd, kæresten og forældre. De unge oplever derudover, at der bliver spurgt ind til, hvad de har brug for at tale om, og hvad der er vigtigt for dem:

Men i alle de forløb, jeg har været her, både hos hende den første og så gruppen, der har vi altid indflydelse på, hvad der skal snakkes om. Så det er også dejligt, at der ikke ligesom bliver sat en dagsorden for os, fordi det er jo ikke ens for alle, hvad der fylder på en dag. – Ung

Interviews viser, at der er forskellige metoder til at sikre, at samtaler tager udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov:

- Sikre at alle temaer opleves som **gyldige og ufarlige**
- Metoden **bevidning** i gruppesamtaler
- Metoden **Livets træ** i ungesamtaler

Et perspektiv blandt de unge er, at alle temaer opleves som **gyldige og ufarlige** at tage op i samtaleforløbene:

Altså, det spænder bredt lige fra, at man har kørt forbi en træls cyklist til seksualitet. Altså, der er virkelig et bredt spænd derinde, og jeg synes ikke, at der er noget emne, hvor man kan mærke, at det skal vi nok ikke lige snakke om. – Ung

Den narrative samtalemethode **bevidning** er udbredt i projektkommunernes gruppeforløb. Metoden følger en struktur, hvor en ung eller gruppeleder (samtalemedarbejder) interviewer en ung, hvorefter gruppen bevidner fortællingen ved at give udtryk for, hvad fortællingen vækker af tanker og følelser hos dem. Gruppelederne faciliterer alle dele af processen. Interviews viser, at bevidning opleves som en god måde at få bragt emner op, som man synes er vigtige, og et godt udgangspunkt for at forstå sig selv på en ny måde:

Det var da lidt nervepirrende i starten. Men jeg synes faktisk, at det var meget fedt. Det føles som om, at man lige får smidt en sten, ikke? Så er det også meget rart at høre bagefter, om der er nogen, der kan genkende eller har prøvet noget lignende. Eller om de bare synes, at jeg har været modig til at fortælle. Det synes jeg er meget rart. – Ung

I ungesamtaler arbejder nogle samtalemedarbejdere med metoden **Livets træ**, som er en resourcefokuseret systemisk narrativ tilgang til at identificere den enkelte unges relationelle bagland, værdier, udfordringer, ønsker, succeser og mestringsstrategier gennem billedsproget i et træ (fx grene, stamme, osv.)⁵. Samtalemedarbejdere oplever, at denne tilgang er meget gavnlig. En samtalemedarbejder fortæller, at det er særligt godt til den yngre del af målgruppen, hvor det kan være nyt og grænseoverskridende at tale om disse emner. En ung fortæller:

Så sidder jeg og tegner, og så sidder vi og snakker om det imens. Det er en meget god måde. Det er bedre, hvis jeg sidder og tegner imens. Så er det hyggeligere. – Ung

5.5.3 Fokusområde 2: Rettidig indsats

Ifølge indsatsguiden kan rettidig indsats sikres ved at skabe gode opsporings- og henvisningsveje og for eksempel klæde frontpersonalet på uddannelsesinstitutioner på i forhold til at kunne spotte risikoadfærd hos de unge. Dette har alle fire kommuner arbejdet med.

Evalueringen viser, at det er lykkedes at tilbyde rettidig indsats til nogle, men ikke alle unge. Synlighed omkring indsatsen og organisering af henvisningsprocessen ser ud til at påvirke, om det lykkes at opspore tidligt nok og dermed tilbyde rettidig indsats. Blandt de interviewede unge og forældre er det forskelligt, om man har oplevet, at indsatsen er givet rettidigt. Nogle unge og forældre fortæller, at de etablerede opsporings- og henvisningsveje har fungeret godt og er overraskede over, at de blev tilbudt relevant hjælp så hurtigt. Det kan være helt ned til 14 dage efter første henvendelse. En ung fortæller at være opstartet i indsatsen mindre end to uger efter henvendelse til indsatsen:

Jeg tænkte, at det var meget hurtigt. For ellers havde jeg jo haft udsigt til at skulle vente helt vildt lang tid på en psykolog et andet sted. Jeg tror, min læge sagde den hurtigste kunne være sådan noget 11 måneder. Så det var jeg jo virkelig, virkelig taknemmelig for, at det kunne gå så stærkt. – Ung

Enkelte forældre fra projektkommunerne med en mere formaliseret henvisningsproces fortæller dog også om at have ventet flere måneder fra første henvendelse (hos andre instanser) til opstart af indsatsen. Selvom de fire kommuner har arbejdet aktivt med opsporing, er der unge i indsatsen, som ikke har fået en rettidig indsats. Disse unge, har muligvis haft "mild til moderat" selvskade og spiseforstyrrelse, før initiativet startede, og vi kan derfor ikke konkludere, at opsporingsarbejdet

⁵ Metoden er bl.a. beskrevet af Anette Holmgren under DISPUK.

har fejlet. Nogle samtalemedarbejdere og ledere fortæller, at det har været udfordrende at rekruttere "tidligt nok":

Vi har jo egentlig været ramt af, at vi har fået de sager ind, hvor det har været nogle læger, der har henvist folk hertil. Så kan man se, at det er sager, der egentlig står og venter på alt muligt andet indsats, hvor det er kørt langt. Alt for langt. Et eksempel var en ung, som faktisk havde gået og skåret sig selv i to år, uden at der var nogen, der havde opdaget det, selvom hun boede i en velfungerende familie. – Projektdeltager

Blandt samtalemedarbejdere og ledere har der også været et ønske om at hjælpe de unge, enten internt i indsatsen eller ved andre tilbud, selvom de muligvis ikke har fået hjælpen rettidigt.

5.5.4 Fokusområde 3: Fokus på terapeutisk balance i forhold til den unges selvskade og spiseforstyrrelse

Dette fokusområde handler om, at samtalemedarbejderen skal forstå og arbejde balanceret med, at selvskaden eller spiseforstyrrelsen både udgør en udfordring og en mestringsstrategi for den unge. Det giver et dobbelt behov for at skifte mellem at bekræfte/validere og udfordre den unges verdensbillede ved at søge forandring. En samtalemedarbejder fortæller, at netop dobbeltheden er en faglig udfordring:

Sagerne er bare ofte komplekse og de unge har en høj grad af ambivalens. Det handler meget om at balancere i, at det skal være et sådan et forholdsvis okay sted at komme, samtidig med at der måske skal stilles en lille smule krav i forhold til noget udvikling. Det har været omdrejningspunktet, når jeg oplever, at det er svært. Fordi at det kan man jo ikke lave nogle generelle anbefalinger eller uddannelser eller kurser på. Jeg tænker, at det vil altid være lidt svært. – Projektdeltager

Interviews med både samtalemedarbejdere og ledere viser desuden, at der har været en stor variation i, hvor meget samtalemedarbejderne har udfordret den selvskadende eller spiseforstyrrede adfærd. Nogle samtalemedarbejdere adresserer i lav grad selve spiseforstyrrelsen eller selvskaden, mens andre adresserer dette mere direkte i samtalerne. I alle fire kommuner viser interviews med samtalemedarbejdere, ledere, unge og forældre at de unge bliver mødt med en forståelse af, at det ikke er let at ændre adfærd. Det er en gennemgående tilgang i alle fire kommuner, at samtalerne med de unge primært skal adressere de underliggende problematikker, der har ført til den selvskadende eller spiseforstyrrede adfærd. Samtalemedarbejderne fortæller, at de oftest arbejder med at sænke behovet for de uhensigtsmæssige strategier ved at hjælpe den unge og eventuelt også familien med udfordringer relateret til kommunikation, relationer, samvær eller andre problematikker, som påvirker den unges trivsel. Dette underbygges af den systemisk narrative tilgang, som flere af projektkommunerne har:

Vi stiller os i den her udvidende position og er undersøgende sammen med den unge på, hvad det er, den unge bøvler med i livet. Hvor det er, den unge ønsker at lave forandringer. Så er det egentlig det, der er hovedoverskriften for vores samtaler, selvom man kommer ind med noget spiseforstyrrelse eller noget selvskade. – Projektdeltager

I denne tilgang er det vigtigt for samtalemedarbejderen, at den unge forstår sine udfordringer i relation til en kontekst, fx venner, familie, kæreste, skole, og ikke føler sig skamfuld over de strategier, som de anvender i svære følelsesmæssige situationer.

Blandt samtalemedarbejdere, der fortæller at have udfordret selvskaden og spiseforstyrrelsen, ses følgende metoder anvendt:

- Arbejde i **to spor**
- Udfordre med udgangspunkt i den unges **håb og motivation**
- Arbejde med **eksternalisering**

En måde at arbejde med dobbeltheden er at arbejde i **to spor**, eventuelt i samarbejde mellem to samtalemedarbejdere, for at kunne adressere, hvis selvskaden og spiseforstyrrelsen bliver meget problematisk, samtidigt med at de møder den unge i de udfordringer, som de selv finder mest presserende:

*Det ene spor kan være det undersøgende. Vi skal tale om det, der er vigtigt for dig. Noget andet er, hvis deres spisning og deres indtag af energi er for lavt. Så man bliver nødt til at prøve i et andet spor at tale med dem om, hvordan er det muligt at begynde at spise noget mere? Hvor man må udfordre de logikker, der er, som ofte er særlige overbevisninger og ting, der ikke er sande.
– Projekt deltager*

En måde at udfordre selvskadende eller spiseforstyrret adfærd er at tage udgangspunkt i den unges egne **håb** for fremtiden, eller som i dette eksempel **motivation** her og nu:

Det er for eksempel at koble det op på, hvad der er vigtigt i deres liv. Jeg har for eksempel en ung, som er meget glad for at spille fodbold. Men hun mærker samtidig også, at det hun gerne vil have, kan hun ikke, fordi hun ikke har noget energi. Så i stedet for at begynde at sige til hende: "Du skal spise noget mere mad", så spørger jeg hende: "Hvad er egentlig vigtigt for dig?". Så hvis de pludselig kan opdage "Okay, så jeg kunne faktisk måske have mere energi, hvis jeg gør det her". – Projekt deltager

En måde at arbejde med selvskaden og spiseforstyrrelsen, uden at den unge oplever det som en trussel mod dem, er at give de unge strategier til at eksternalisere adfærden og se selvskaden eller spiseforstyrrelsen som noget uden for dem selv. I nogle tilfælde fortæller unge for eksempel om, at samtalemedarbejdere har kaldt deres spiseforstyrrelse et monster, hvilket resonerer godt med de unge.

Interviews med unge og forældre bekræfter, at det blev modtaget positivt, når samtalemedarbejdere i udvalgte situationer har udfordret adfærden:

Hun sagde fra starten af, at jeg skulle nok forberede mig på, at der var nogle gange, hvor jeg virkelig kom til at synes, at hun var irriterende. Det blev jeg også nødt til at give hende ret i. Hun var meget irriterende på nogle punkter. Men efter det, så har jeg sat super stor pris på det. Det har været et af de mennesker, der har været allerbedst for mig at møde. – Ung

5.5.5 Fokusområde 4: Arbejde med rammesætning og tydelige mål

I alle fire projektkommuner viser interviewene med samtalemedarbejdere, leder, unge og forældre, at der er foregået en indledende rammesætning af indsatsen. Rammer for indsatsen er ret forskellige i projektkommunerne. Der er eksempelvis ikke et loft på antal samtaler i alle kommunerne, og der er forskellige forventninger om forældreinddragelse. Rammesætning som beskrives i interviews omhandler:

- Eventuelle **begrænsninger på antal samtaler**
- Eventuel **anonymitet**
- Forventning om at **inddrage forældre/netværk**
- **Spillereglerne for gruppesamtaler**

Begrænsninger i antal samtaler nævnes for eksempel i interviews med samtalemedarbejdere i Kommune A, hvor hver ung i udgangspunktet kun har fem uvisiterede samtaler. Samtalemedarbejderne oplyser tidligt i forløbet om, at det i udgangspunktet er et kort samtaleforløb, som de unge siger ja til. I relation hertil nævner samtalemedarbejderen også, at det er vigtigt, at det hurtigt afklares, hvad der er vigtigt at tale om, og hvad den unge ønsker at få ud af samtalerne. Dette kan opleves som en begrænsning blandt nogle unge i forhold til at takke ja til indsatsen.

Nogle unge har deltaget i indsatsen **anonymt**, fx hvis de har henvendt sig gennem åben anonym rådgivning. Af praktiske årsager er der ikke interviews med unge, som er anonyme, i evalueringen. Samtalemedarbejdere og ledere fortæller dog, at eventuel anonymitet skal rammesættes, fx ved at fortælle om, at der ikke er notatpligt og oplysninger om den unges udfordringer dermed ikke vil blive noteret i kommunens systemer.

Forventning om at inddrage forældre eller øvrigt netværk nævnes som en del af rammesætningen blandt medarbejdere fra Kommune A, B og C. De beskriver også, at det er en vigtig ting for den unge ved, at forældre eller øvrigt netværk kan og helst bør blive inviteret ind til én eller flere samtaler:

I særdeleshed i hvert fald med de helt unge, så rammesætter vi jo det her med forældre. De vil helst ikke have forældrene med. Men vi insisterer på, jamen, det forstår vi godt, men vi skal lige have dem med første gang. Og det kommer de faktisk. Jeg tror kun, vi har haft en enkelt, hvor nogen ikke vil, og hun er 17 på vej mod de 18. Der havde vi sådan, okay godt, det imødekommer vi, men ellers så synes jeg faktisk, at det der med at rammesætte, at far og mor skal med, og det er også et signal om at sige, hvordan er hierarkiet i forhold til, vi forstår, hvem der har ansvar for hvad. – Projekt deltager

I sidste ende beskrives forældreinddragelse dog som frivilligt, men at det skal være et aktivt fravalg. At rammesætte forældreinddragelse handler også om at beskrive de forskellige måder, som forældre kan inddrages og støttes på og beskrive øvrige tilbud for den unge og forældre.

Samtalemedarbejdere fortæller også, at de bruger en del tid på at **rammesætte gruppesamtalerne**. Det handler både om spillereglerne for samtalerne, fx fortrolighed, og lavpraktiske ting som pauser. Det bliver desuden set som gavnlige af flere samtalemedarbejdere, at gruppen sammen etablerer spillereglerne for gruppen ved første gruppesamtale, for eksempel om det er ok at tjekke sin telefon under gruppesamtalerne.

5.5.6 Fokusområde 5: Systematisk opfølgning

Ifølge indsatsguiden skal samtalemedarbejderne løbende følge op på, om indsatsen bidrager til at imødekomme den unges håb, ønsker, drømme og mål for indsatsen. Alle interviewede samtalemedarbejdere fortæller, at de følger op på de unges forløb. Det er dog meget forskelligt, hvordan, hvornår og hvor systematisk det foregår.

Opfølgning kan bestå af, at samtalemedarbejdere følger op på, om den unge ved **afslutning** af samtaleforløbet er kommet nærmere deres individuelle ønsker for samtaleforløbet.

Nogle samtalemedarbejdere fortæller, at opfølgning på den unges udvikling ofte sker **midtvejs eller efter et bestemt antal samtaler**. Opfølgningen kan have til formål at tilpasse samtalerne, så de fortsat omhandler de temaer, der er vigtigst for den unge. Det kan også være, at der ikke er behov for flere samtaler. Opfølgningen kan også have til formål, at den unge eventuelt kan blive henvist videre til andre tilbud, hvis den unge viser sig at have sværere problemer end først antaget, eller samtalerne ikke ser ud til at kunne imødekomme den unges behov:

Når der er gået cirka tre samtaler, så kigger vi lige på hinanden og snakker om, om det giver mening. Om den unge synes, at de får det, de har behov for. Jeg forbeholder mig også retten til, at det skal være fagligt forsvarligt, at indsatsen ligger hos mig. Så hvis den unge bare bliver dårligere og dårligere, så vil jeg også have retten til at sige, at jeg har brug for, at der sker noget andet.
– Projektdeltager

Alle samtalemedarbejdere fortæller dog, at det er forskelligt fra ung til ung, hvordan der følges op. Ingen samtalemedarbejdere fortæller om at bruge redskaber til systematisk opfølgning på den unges udvikling.

Samtalemedarbejdere beskriver, at opfølgning også kan handle om at være nysgerrig på, om den unge fortsat er tryk i indsatsen og oplever det som gavnligt. Ifølge flere samtalemedarbejdere opfordres **de unge også til at give feedback på forløbet**, og de fleste samtalemedarbejdere udtrykker, at det er vigtigt at afstemme med de unge, om samtalerne møder deres forventninger. Selvom ingen samtalemedarbejdere bruger redskaber til systematisk opfølgning på den unges udvikling, fortæller nogle samtalemedarbejdere, at de er trækker på tidligere erfaringer med redskaber som Feedback Informed Treatment (FIT)⁶:

Der jo ikke sådan en opfølgning på den måde. Men noget af det, vi gør undervejs i samtalen, det er at afstemme. Giver det mening for dig, det vi taler om? Eller er det mere mig, der synes, det her er fedt? Der er vi jo meget inspirerede af FIT. Det bruger vi i vores almindelige arbejde. Så vi er jo helt skolede i. Det er sådan helt elementært for os hele tiden at tjekke op på, giver det mening, det vi taler om? – Projektdeltager

Flere samtalemedarbejdere bruger et **skriftligt element** i samtalerne som metode til opfølgning. Det kan være i form af at overskueliggøre en samtale på en tavle undervejs i en samtale. Det kan for eksempel gøres ved at vende tilbage til de håb, de unge havde for gruppesamtaler, som kan være noteret af samtalemedarbejderen. I en af ungegrupperne udføres opfølgning ved, at gruppeforløbet starter med, at alle skriver deres ønsker til forløbet ned. De unge skal ved gruppeforløbets afslutning forholde sig til de skrevne ønsker for forløbet og på baggrund heraf forholde sig til, hvad de har fået ud af forløbet, og om de vil fortsætte. Det kan være i form af arbejdet med Livets træ, hvor den unge tegner sit liv på en planche, som man kan vende tilbage til fra samtale til samtale. Det kan også være i form af samtalemedarbejderens egne noter fra ungesamtaler:

Jeg har en lille kinabog, hvor jeg skriver de vigtigste ting ned fra samtalen. Så ved hver ny samtale går jeg de punkter igennem fra sidste gang. Hører ind til, var det meningsfuldt? Er det noget, vi skal tale noget mere om? Er der noget, vi skal forlade? Er vi stadigvæk på rette spor? – Projektdeltager

⁶ Læs evt. mere her <https://sbst.dk/tvaergaende-omrader/virksomme-indsatser/dokumenterede-metoder-voksne-og-handicap/om/feedback-informed-treatment-fit>

5.6 Kerneelement 3: Familie og netværk

Indsatsen har en familie- og netværksinvolverende tilgang, hvor projektkommunerne ifølge indsatsguiden i videst muligt omfang skal inddrage den unges familie og netværk i indsatsen. Den unges familie og netværk kan udgøre en væsentlig beskyttelsesfaktor i form af social støtte, og gode familierelationer kan have en gavnlig virkning i forhold til at forebygge, at de unges udfordringer udvikler sig yderligere. Omvendt kan problematiske relationer og dysfunktionelle familierelationer udgøre en potentiel risikofaktor, der kan forstærke den unges udfordringer.

Kerneelementet har tre fokusområder:

- Fokusområde 1: Indsatsen bør tilrettelægges, så *forældre og netværk så vidt muligt kan inddrages i samtaler* med den unge.
- Fokusområde 2: Derudover bør *forældre og pårørende have tilbudt samtaler og viden om tilbud og de unges situation samt deres egen rolle*, så forældre og netværk kan få mere forståelse for den unges situation og viden om, hvordan de bedst muligt kan være med til at støtte den unge.
- Fokusområde 3: Desuden skal de fagprofessionelle have *opmærksomhed på søskende i forhold til risiko for dårlig trivsel*.

5.6.1 Vurdering af implementeringsgrad

Familie- og netværksrelateret aktivitet er enten familiesamtaler, forældresamtaler, forældre- og netværksgruppesamtaler eller i få forløb opkald/sms mellem samtalemedarbejder og forældre. Se definition på samtaletyper i tabel 5.2. Forældre og netværk er i gennemsnit inddraget i 56 pct. af de unges forløb på tværs af de fire projektkommuner, jf. tabel 5.7. Der er stor variation på tværs af projektkommunerne i andelen af unge-forløb, hvor der har været familie- eller netværksrelateret aktivitet. Kommune D har den mindste andel af unge-forløb med familie- og netværksaktivitet (30 pct.) og Kommune C har den højeste andel (64 pct.).

Tabel 5.7:
Andel unge med mindst ét gennemført familie- og netværksrelateret aktivitet (pct.)

	På tværs	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
Andel med 0 aktiviteter	44	41	46	36	70
Andel med +1 aktivitet	56	59	54	64	30

Anm.: N=189 på tværs, N=32 for Kommune A, N=67 for Kommune B, N=70 for Kommune C, N=20 for Kommune D. Andelen er opgjort på baggrund af unge, der har deltaget i minimum én individuel- eller gruppesamtale.
Kilde: Stam- og aktivitetsregistreringer.

Tre ud af fire projektkommuner (Kommune A, B og C) har implementeret kerneelementet. Deres indsats matcher beskrivelsen af kerneelementet ved at arbejde systematisk med, at familie og netværk inddrages og deltager i samtaler med den unge på den unges præmisser, at have etableret tilbud til familie og netværk, herunder især forældre, hvor de kan få tilbudt samtaler og viden om den unges situation og deres egen rolle, samt at de løbende i samtaler med den unge og forældrene har en opmærksomhed på søskende i forhold til risiko for dårlig trivsel og rådgivet forældrene herom.

Kommune D har i individuelle ungesamtaler og ungegruppesamtaler haft fokus på familie- og pårønderelationer og dynamikkerne i disse relationer. Der er dog ikke arbejdet systematisk med at inddrage forældre og netværk i samtaler med den unge eller at tilbyde samtaler til familie og netværk. Kommune D har i ungesamtaler haft opmærksomhed på søskende i mistrivsel i henhold til underretningspligten.

I det følgende beskriver vi, hvordan og med hvilke greb kerneelementets tre fokusområder er implementeret.

5.6.2 Fokusområde 1: Forældre/netværk kan inddrages i samtaler

I alle projektkommuner har samtalemedarbejderne løbende arbejdet med at inddrage den unges familie og netværk i familiesamtaler. En familiesamtale foregår ved, at en eller flere forældre og netværk deltager i en samtale med den unge faciliteret af en eller flere samtalemedarbejdere. Samtalemedarbejdere fortæller, at familiesamtalerne kan have flere formål såsom at:

- Involvere forældre og netværk i formål og plan for den unges samtaleforløb
- Få væsentlig viden om den unges liv, som kan have betydning for tilrettelæggelsen af den unges samtaleforløb
- Understøtte den unge i at fortælle vigtige ting til forældre og netværk
- Bistå i konflikthåndtering mellem forældre og netværk og den unge
- Afrunde den unges forløb, så forældre og netværk kan understøtte den unges recovery efter et endt samtaleforløb

Et perspektiv blandt samtalemedarbejderne er, at inddragelsen af forældre og netværk skal foregå på den unges præmisser. Med dette menes, at det i sidste ende er den unge, der bestemmer, hvorvidt forældre og netværk skal deltage i samtaler med den unge, og hvem der skal inddrages. Der kan være en undtagelse, hvis den unge er meget ung. I disse tilfælde er et perspektiv blandt samtalemedarbejderne, at de kan være nødt til at inddrage den unges forældre, uden den unge har lyst til dette:

Det kan også være, at vi ved, at der er noget her, som vi bliver nødt til at informere forældre om. Og så er det os, der tager teten, og at det ikke er til diskussion, fordi de er under 16 år, flere af dem. – Projektdeltager

På tværs af projektkommunerne er et perspektiv blandt samtalemedarbejderne, at de lader den unge vurdere, hvem der vil være relevante at inddrage i samtaler med den unge. En medarbejder fortæller, at de direkte spørger den unge, hvem den unge synes, det vil være vigtigt at inddrage:

Vi spørger den unge, hvem er vigtig for dig, der ved det her? Hvem er vigtig for dig? Hvem skal vi invitere ind? – Projektdeltager

I praksis har indsatsen dog hovedsageligt inddraget en til to forældre.

Nogle samtalemedarbejdere oplever, at enkelte unge kan have en modstand mod at invitere deres forældre ind i samtalerne. I disse tilfælde fortæller de, at selvom inddragelsen foregår på den unges præmisser, udfordrer de den unge på, om forældrene skal inddrages. En samtalemedarbejder fortæller, at de blandt andet har gjort dette ved at give de unge tid til først at forstå situationen selv, så de kan forstå, hvad der kunne være gavnligt at dele med forældre:

Det skal selvfølgelig være noget, den unge også kan se sig selv i. Det kan de oftest ikke lige, når vi starter op. Men det kan de hen ad vejen, når de har fået en fornemmelse af sig selv. Tit er de jo enormt forvirrede. Hvorfor har jeg det sådan? Hvorfor gør jeg sådan? Hvad handler det om? Men hen af vejen få lidt mere forbindelse til det, der er svært. Det giver nogle gange også en motivation til at prøve at sætte nogle ord på i forhold til forældrene. – Projektdeltager

Evalueringen viser, at familiesamtaler kan afvikles på forskellige måder. Nogle er meget forberedte og med en klar struktur, imens andre er mindre forberedte, fordi der er et akutoptået behov. I flere projektkommuner vil forældrene dog ofte være inviteret i starten og ved afslutningen af en ungs samtaleforløb, hvor det også kan handle om at afdække familiedynamikker:

Jeg har holdt et opstartsmøde, hvor jeg har inviteret forældrene med. Helst gerne begge forældre. Det er også for at få både en idé om, hvad er det egentlig, de kommer med, og hvad er det for nogle dynamikker? Hvor meget er forældrene på? Hvor meget er de ikke på? Det kan jeg jo ikke nødvendigvis vurdere ud fra én samtale, men jeg kan få et lille glimt ind i, hvad det er for en familie. – Projektdeltager

Et perspektiv blandt nogle samtalemedarbejdere er, at det fungerer godt at være to samtalemedarbejdere til at gennemføre en familiesamtale, da det giver mulighed for, at den ene samtalemedarbejder kan fokusere på den unge, og den anden samtalemedarbejder kan fokusere på forældrene. Hertil giver det mulighed for, at samtalen kan splittes op undervejs, hvis der opstår et behov. Et andet perspektiv er, at det giver bedre muligheder for at observere, reflektere og efterfølgende sparre:

Jeg synes tit, det kan være rigtig fint at have en anden at opstarte sagen med. Fordi så kan man lige få drøftet efterfølgende, hvad var det lige, vi hørte her? Og hvilke veje er der at gå? Så kan man ligesom give sagen videre til den ene. Og så kan man jo efterfølgende spare tilbage med den, som var med til forsamtalen eller den visiterende samtale. – Projektdeltager

Samtalemedarbejdere beskriver også, at det kræver forberedelse af alle parter, og at det er gavnligt at beskrive formålet med familiesamtalen helt klart:

Til familiesamtale er det både familien og den unge, vi forbereder. Så vi er to behandlere på. Sådan rent praktisk så spørger jeg den unge: "Hvad håber du på at få ud af den her samtale med din mor og far?" og "Hvad ønsker du at sige til dem?" Så skriver jeg det op. Hvad for en forandring kunne du godt tænke dig, der skulle ske? – Projektdeltager

De aftaler, der indgås med den unge forud for en familiesamtale, noteres på et stykke papir, som placeres på bordet under familiesamtalen. Dette kan være alt fra, hvad den unge ønsker, forældrene skal vide, til hvordan de helt praktisk skal sidde rundt om bordet i lokalet.

I de projektkommuner, der har arbejdet tværorganisatorisk, har familie- og netværksinddragelse for nogle medarbejdergrupper været mere naturligt. Samtalemedarbejdere fra familieområdet har generelt haft større mod til og kompetencer inden for familiesamtaler. To projektkommuner, som har driftet samtaletilbuddene i et samarbejde mellem børne- og familieafdeling og voksenområdet, udtrykker, at samtalemedarbejdere på voksenområdet har haft gavn af at samarbejde med samtalemedarbejdere på familieområdet:

Vi får en anden bevidsthed på de pårørendes rolle, og en anden forståelse. Hvor vi i "voksen" måske ville have skilt dem fra på en anden måde, hvis ikke vi havde fået den her viden. Så ja, det tror jeg faktisk, det er en øjenåbner i den grad for os. Jeg tror på, at de vil fremadrettet få et meget bedre tilbud hos

os, fordi vi har fået den her viden. Hvor vigtigt det er, at se det som en familieenhed. Vi kan tale det [familieperspektivet, red.] meget mere op i vores system og sige: Der er faktisk noget i hele systemet. – Projektdeltager

5.6.3 Fokusområde 2: Forældrene og pårørende skal have tilbudt samtaler og viden om tilbud og de unges situation samt forældrenes egen rolle

Viden og samtaler til forældre er tilbudt ved:

- At forældre og netværk har kunnet deltage i **forældresamtaler** uden den unge
- **Forældre- eller netværksgruppesamtaler**, hvor forældre og netværk har mødtes med andre i samme situation
- **Forældrecaféer** med viden og sparring
- Løbende **ringe eller sende en SMS**

I Kommune A og B har der været tilbudt **forældresamtaler**, hvor forældre og pårørende har kunnet tale med en samtalemedarbejder, uden den unge er med. I disse samtaler har forældre og pårørende blandt andet kunnet få rådgivning i forhold til den unges udfordringer og deres egen rolle. En forælder fortæller eksempelvis om at have fået vejledning i, hvordan man kan tale med sit barn om mad og spisning derhjemme:

Nogen gange, når hun vil smage noget af vores, så har jeg sagt: "Det var da fedt, du gjorde det. Flot." Og så [sagde samtalemedarbejderen, red.]: "Det skal du ikke gøre. Fordi så begynder hun at tænke over: 'Åh, var det nu også rigtigt?'" Så det var egentlig rigtig godt at snakke om, at vi fortæller [ung], at det ikke er fordi, vi ikke elsker hende, eller fordi vi ikke er interesseret i, at hun skal blive bedre, at vi ikke spørger ind til maden. Det er fordi, at det har vi forstået, at hun faktisk helst vil være fri for. – Forælder

I Kommune B og C har der været **forældre- og netværksgruppesamtaler**, hvor de unges forældre og netværk har kunnet mødes ca. otte gange og tale med ligesindede og to samtalemedarbejdere. I den ene kommune har målgruppen for samtalerne været forældre eller netværk til unge, hvor den unge af forskellige årsager mistrives, imens grupperne i den anden kommune har været afgrænset til forældre eller netværk til unge med selvskade og spiseforstyrrelse. I begge projektkommuner er der arbejdet med lukkede grupper på cirka otte personer, som har været startet op på bestemte tidspunkter.

Grupperne har været tilrettelagt sådan, at der både har været faste elementer, fx et nyt tema, som behandles hver gang, samt at der har været plads til, at deltagerne kan fortælle, hvad der udfordrer derhjemme lige nu og kan sparre med hinanden. Balancen mellem viden/information og mulighed for sparring mellem forældrene har varieret mellem grupperne, men samtalerne har været styret af de to gruppeledere, som har planlagt hver samtale.

Interviewede forældre beskriver, at det har været overraskende nemt at åbne op for andre forældre. I den ene kommune er formatet blevet tilpasset løbende, idet det har været et helt nyt tilbud. Det har blandt andet betydet, at forældre har fået en indledende samtale for at afdække individuelle ønsker til gruppeforløbet, hvilket samtalemedarbejderne har tilpasset indholdet til.

I Kommune C har der ligeledes været afholdt to **forældrecaféer** for forældre til 12-14 årige unge, der har deltaget i gruppeforløb. Caféerne har haft fokus på at være formidlende og undervisende i forhold til, hvordan forældrene bedst kan hjælpe den unge derhjemme.

I enkelte af projektkommunerne fortæller samtalemedarbejdere og forældre, at forældre og netværk har haft mulighed for at **ringe eller sende en SMS** direkte til samtalemedarbejderen, hvis de har haft spørgsmål eller bekymringer i forhold til den unges udfordringer. En forælder beskriver denne mulighed således:

Og jeg synes også, de gange, hvor jeg har følt, at det har brændt på, og jeg har skrevet til [samtalemedarbejder]: "Har du tid til at ringe?" Altså, det har hun næsten altid... nu lyder det som om, jeg har gjort det meget ofte, det har jeg gjort nogle gange. Altså, hun har næsten altid fået klemt det ind samme dag. – Forælder

5.6.4 Fokusområde 3: De fagprofessionelle skal have opmærksomhed på søskende i forhold til risiko for dårlig trivsel

Risikoen for mistrivsel blandt de unges søskende er noget, som alle samtalemedarbejdere fortæller, at de i forskellig grad er opmærksomme på. Fælles for alle projektkommunerne er, at de er opmærksomme på mistrivsel blandt søskende, fordi de har en underretningspligt, hvis de bliver opmærksomme på mistrivsel blandt børn og unge under 18 år. I nogle af projektkommunerne går de skridtet videre og er proaktive i forhold til at rådgive forældre og netværk om risikoen for mistrivsel blandt søskende. I disse kommuner fortæller samtalemedarbejderne, at mistrivsel blandt søskende særligt er noget, som de udforsker i de samtaler, hvor forældre og netværk også deltager. Fokus kan handle om at spotte, om søskende:

- "Går på listefødder"
- Er bange for at aktivere bestemte reaktioner hos den unge med selvskade og spiseforstyrrelse
- Er bekymrede på vegne af den unge med selvskade og spiseforstyrrelse
- Er bange for at tale om den unge med selvskade og spiseforstyrrelsens udfordringer

Samtalemedarbejdere rådgiver om risikoen for mistrivsel blandt søskende, og hvordan forældrene kan opdage og håndtere det. En samtalemedarbejder fortæller følgende:

Man kan jo netop fint gøre opmærksom på, altså hvis der er søskende, så vær opmærksom på, at der kan komme en reaktion fra dem på et tidspunkt, hvis de lige nu er meget overtilpassede og meget hensynsfulde. Når man kommer ud på den anden side, så kan man godt være forberedt. Så er der måske også et andet barn, der ikke trives. Der er mange børn, der bliver overset i perioder. Og hvis man kan skabe en øget opmærksomhed på det og sige til forældrene, at de også tør gå hjem og spørge det næste barn "Er du egentlig okay? – Projektdeltager

I enkelte tilfælde fortæller samtalemedarbejdere, at de har haft mulighed for at invitere søskende med i familiesamtaler, hvis de bliver opmærksomme på, at en søskende bliver påvirket af den unges udfordringer.

5.7 Faktorer af betydning for implementering

I det følgende beskriver vi, hvilke faktorer samtalemedarbejdere og ledere oplever som afgørende for, at indsatsen kan implementeres i overensstemmelse med kerneelementerne.

Afsnittet fokuserer på:

- Indsatsens sammenhæng til andre tilbud
- Individualiseret kompetenceløft og sparring
- Tværororganisatorisk netværksledelse

Vi beskriver, hvorfor disse tematikker har krævet et særligt fokus i de fire projektkommuner, og hvad kommunerne har gjort for at imødekomme eventuelle udfordringer.

5.7.1 Indsatsens sammenhæng til andre tilbud

Samtalemedarbejdere og ledere i alle fire projektkommuner beskriver, at implementering har været muliggjort af, at indsatsens samtaletilbud er etableret i relation til allerede etablerede tilbud. Ledere vurderer, at det har været afgørende for implementeringen, at indsatsen har bygget videre på etablerede indgange og samarbejdsflader.

I Kommune B har man tilbudt samtaler på én fysisk lokation under et bredere trivselstilbud, mens man i Kommune A, C og D tilbyder samtaler forskellige steder, som alle i en vis udstrækning allerede var i kontakt med målgruppen (fx på STU, hos PPR og tilbud under SEL § 82⁷), men som ikke tidligere tilbød specialiserede tilbud til målgruppen.

I Kommune A og B har man implementeret indsatsen i et ungetilbud, der også tilbyder samtaler til unge i mistrivsel eller rusmiddelbehandling. Denne organisering har ledere i disse kommuner været tilfredse med. En leder argumenterer for, at de forskellige problematikker overlapper fagligt, og at det dermed vil være naturligt for samtalemedarbejderne at udvide et etableret fokus på rusmidler til at handle om selvskade og spiseforstyrrelse:

Vi er blevet mere opmærksomme på faktisk i rusmiddelbehandling, at der faktisk er flere, end vi lige tror, der både har, altså selvskade er jo mange ting, og rusmiddel er jo også en form for selvskade. Men der er mange, der også har spiseproblemer. Og de samme problemer der ligger bag i øvrigt, som ligger bag spiseforstyrrelser og selvskade i sin rene form. – Projektdeltager

I Kommune B har det været muligt at komme hurtigere i gang med opsporing, fordi kendskabet til indgangen til den bredere trivselsindsats allerede har været alment kendt af både borgere og andre aktører.

5.7.2 Individualiseret kompetenceløft og sparring

Indsatsen har været implementeret i ret forskellige organisationer og med samtalemedarbejdere med meget forskellige faglige baggrunde og kompetencer. Samtalemedarbejdere og ledere beskriver alle, at indsatsen kræver noget særligt af samtalemedarbejderne. Det har været meget forskelligt fra kommune til kommune og i nogle kommuner fra medarbejder til medarbejder, hvor

⁷ Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp efter denne lov i overensstemmelse med formålet, jf. § 81, til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på deres egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte. Hjælpen kan dog ikke ydes ved brug af fysisk tvang, jf. Serviceloven, § 82.

nødvendigt det har været oplevet at have specialiserede kompetencer og viden inden for selvskade og spiseforstyrrelse.

Mange samtalemedarbejdere oplever det som afgørende, at man har specialiseret viden om og erfaring med målgruppen. Det kommer for eksempel til udtryk i, at samtalemedarbejdere fra to af kommunerne har deltaget i kurser fra Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, at to kommuner har haft supervision af samtalemedarbejderne med eksterne eksperter i selvskade og spiseforstyrrelse, og at der generelt har været fokus på at indhente relevant viden. Blandt andre samtalemedarbejdere er det mere afgørende, at man eksempelvis føler sig fortrolig med rollen som gruppeleder. Hertil oplever nogle samtalemedarbejdere, at specialiseret viden om målgruppen er mindre vigtig, så længe man er en erfaren og nysgerrig samtalemedarbejder, da målet med samtalerne primært er at højne trivsel.

Ikke desto mindre har samtalemedarbejdere i alle projektkommuner oplevet stort udbytte ved at deltage i formaliseret sparring med andre samtalemedarbejdere i indsatsen. Det opleves som gavnligt for implementering af indsatsen af følgende grunde:

- Det kan bruges til at skabe et "fælles fagligt ståsted" (enighed omkring metoder og tilgange i gruppen af samtalemedarbejdere)
- Det kan være et trygt forum for udvikling af egne kompetencer, fx med prøvehandlinger og feedback fra gruppen
- Light supervision ved svære oplevelser
- Kan give tryghed omkring til- og fravalg, fx ved deltagelse af faglig leder

De steder, hvor sparringen har været mindre formaliseret eller med mindre mulighed for feedback og personlig udvikling, har samtalemedarbejderne ligeledes givet udtryk for, at det har manglet.

I alle projektkommuner fortæller samtalemedarbejdere og ledere desuden, at det er nødvendigt, at samtalemedarbejdere kan gå til en faglig leder eller koordinator med tvivlsspørgsmål. En leder beskriver, at sparringsbehovet har været ekstra højt, fordi det ikke altid er muligt at vurdere, hvor svært den enkelte unge har det, før man kommer lidt ind i et samtaleforløb.

5.7.3 Tværororganisatorisk netværksledelse

Tværororganisatorisk drift af samtalerne har givet udfordringer i nogle af de kommuner, som har haft en tværororganisatorisk organisering. Her har det været nødvendigt at etablere en form for **netværksledelse**, fordi teamet af samtalemedarbejdere er ansat under forskellige ledere. Tvivl omkring "kommandolinjer" kan handle om praktiske udfordringer som for eksempel, hvornår møder skal ligge, eller hvordan materiale skal udformes.

Behovet for netværksledelse kan også opstå, fordi medarbejdergruppen ikke har været i stand til at finde løsninger på faglige uoverensstemmelser eller kompromiser mellem kulturer og tilgange. Når indsatsen har været driftet i tæt samarbejde mellem børne- og familieområdet og voksenområdet har nogle samtalemedarbejdere og ledere oplevet, at de faglige ståsteder ikke var helt overlappende, da implementeringen blev sat i værk. Voksenområdet har eksempelvis været præget af hhv. en kognitiv tilgang (fx med metoder fra dialektisk adfærdsterapi) og recovery-orienteret rehabilitering, mens børne- og familieområdet har taget afsæt i en systemisk-narrativ faglig tilgang. I de pågældende projektkommuner er der etableret et ledelsesforum, der blandt andet har kunnet medvirke til at løse interessekonflikter og praktiske udfordringer, som ikke kan løses på medarbejderniveau. Dette opleves af ledere som afgørende for, at indsatsen kan implementeres:

Vi har faktisk haft månedlige koordineringsmødre med ledelsen og projektkoordinator. Vi hele tiden fulgt med i, hvordan ser det ud, og hvad foregår der, hvilken retning skal det gå? Altså, det har været ret godt, at ledelsen har været tæt på. (...) Og man kunne kende hinanden lidt på kryds og tværs. Der har været nogle samarbejdsvanskeligheder i gruppen. Sådan nogle ting kunne man løse i farten, undervejs og få snakket det igennem og justeret lidt på indsatsen. I det hele taget lære hinandens butikker at kende lidt bedre. – Projekt-deltager

At indsatsen har været kørt som et projekt, har gjort det forholdsvist nemt at etablere tværoranisorisk ledelsesforum. En leder vurderer dog, at det er urealistisk, at indsatsen i den nuværende, tværoranisoriske form kan fortsætte efter afslutning af initiativet.

6. Forankringsperspektiver

I dette kapitel beskriver vi, hvordan de fire projektkommuner vil tilbyde en indsats til målgruppen fremadrettet. Kapitlet er baseret på interviews med ledere og samtalemedarbejdere inden afslutning af projektet.

Samtalemedarbejdere og ledere i alle fire projektkommuner udtrykker, at en indsats, der forebygger en forværring af selvskade og spiseforstyrrelse blandt unge, er vigtig og gør en forskel for de unge. Projektkommunerne forankrer ikke indsatsen som et selvstændigt tilbud til unge med selvskade og spiseforstyrrelse. I stedet vil de tilbyde samtaler og hjælp til målgruppen i regi af allerede eksisterende tilbud i kommunen. Følgende forankringsperspektiver går på tværs af projektkommunerne:

- På tværs af projektkommunerne vil man inkludere unge med selvskade og spiseforstyrrelse i tilbud med **bredere fokus på mistrivsel**, hvormed man ikke vil drifte en selvstændig indsats til unge med selvskade og spiseforstyrrelse. Her lægger kommunerne vægt på at videreføre viden, metoder og kompetencer, som er opbygget i projektperioden.
- Flere projektkommuner vil fremadrettet **tilbyde hjælp til målgruppen forskellige steder i kommunen**, hvormed den tværororganisatoriske drift brydes op. Nogle steder vil dette betyde, at der ikke længere er én indgang til indsatsen for unge i alderen 12-29 år.

I det følgende udfolder vi perspektiver på, hvordan de enkelte projektkommuner vil forankre indsatsen fremadrettet.

I **Kommune A** har man overordnet set et ønske om fortsat at tilbyde en indsats til målgruppen. Dette vil dog ikke blive en indsats med én indgang, som det har været i projektperioden, hvor der har været tværororganisatorisk sammensætning af samtalemedarbejdere. Kommunen har besluttet at bryde den tværororganisatoriske sammensætning af samtalemedarbejdere og tilbyde målgruppen indsatser i allerede eksisterende tilbud i kommunen.

I regi af social- og sundhedsområdet vil kommunen tilbyde op til fem uvisiterede samtaler til unge i mistrivsel, der er mellem 16 og 24 år, herunder unge med selvskade og spiseforstyrrelse. Unge under 18 år vil i udgangspunktet tilbydes en indsats på børne- og ungeområdet, mens der for de 16-18 årige vil pågå en konkret vurdering.

Indsatsen vil hertil driftes videre i et visiteret tilbud (SEL § 82-indsats⁸ eller § 85-indsats⁹) på voksenområdet. Indsatsen er målrettet unge fra 18 år og opefter, som tilbydes individuelle- eller gruppeforløb, som er specifikt knyttet op på selvskade og spiseforstyrrelsesproblematikker. Der er mulighed for, at forløbet kan udvides i forhold antal samtaler ved behov. Der er åbenhed over for at videreføre indsatsens kernelement om forældre og netværksinddragelse, særligt i forhold

⁸ Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp efter denne lov i overensstemmelse med formålet, jf. § 81, til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på deres egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte. Hjælpen kan dog ikke ydes ved brug af fysisk tvang, jf. Serviceloven, § 82.

⁹ Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, jf. Serviceloven, § 85.

til at den unges netværk kan deltage i samtaler. Der er dog ikke på tidspunktet for evalueringens afslutning tilslutning til at etablere forældregrupper.

I **Kommune B** ønsker man at forankre indsatsen som en del af et bredere tilbud til unge i mistrivsel. I dette tilbud vil der fortsat blive tilbudt de samme typer forløb til unge og forældre til unge med selvskade og spiseforstyrrelse. Den afgørende forskel er, 1) at aldersgruppen kun vil gå op til 25 år, og 2) at opsporingen af unge vil være målrettet unge i mistrivsel. Afsættet for at fokusere på mistrivsel i et bredere perspektiv er, at kommunen ser selvskade og spiseforstyrrelse som et symptom på en grundlæggende mistrivsel. Ved at have et bredere fokus på unge i mistrivsel er der i kommunen ydermere en forventning om i højere grad at opspore unge, som ligger inden for målgruppen af mild til moderat selvskade og spiseforstyrrelse. Derudover lægges der vægt på vigtigheden af at fastholde de erfaringer og kompetencer, som er opbygget gennem projektet, så kommunen stadig kan tilbyde den samme hjælp til målgruppen. Dette gør de blandt andet ved at fastansætte en af de samtalemedarbejdere, der har været en del af levere indsatsen i projektperioden.

I **Kommune C** har man i projektperioden tilbudt en indsats specifikt til unge med selvskade og spiseforstyrrelse. Dette har man gjort i en tværorganisatorisk sammensætning af samtalemedarbejdere. Frem over ønsker kommunen at arbejde videre med en indsats til en bredere målgruppe af unge i mistrivsel og bevæger sig dermed væk fra at have én specifik indsats til unge med selvskade og spiseforstyrrelse.

Kommunen vil fremadrettet tilbyde gruppeforløb til unge med trivselsproblematikker. Dermed vil der ikke blive tilbudt gruppeforløb specifikt til unge med selvskade og spiseforstyrrelse. Indsatsen målrettet unge med trivselsproblematikker vil blive tilbudt gennem en række eksisterende tilbud, som er udviklet i et tidligere projekt. Kommunen vil arbejde videre med de praksisgreb, som de har udviklet i projektperioden, hvor den systemiske narrative tilgang, bevidning og den rehabiliterende ramme vil være omdrejningspunktet.

I **Kommune D** er ambitionen ikke at have én indsats i kommunen, som unge skal henvises til. Her har ambitionen med initiativet været at iværksætte indsatser i forskellige kontekster, hvor de kan finansieres og driftes under almene tilbud. Kommunen har derfor også i projektperioden arbejdet med at gøre flere frontmedarbejdere fagligt og personligt rustede til at tage en samtale med de unge om selvskade og spiseforstyrrelse, som ofte er forbundet med et vist tabu og/eller berøringsangst. Ønsket er, at frontmedarbejdere i højere grad bliver opkvalificeret til at tage trivselssamtaler der, hvor problematikken er opdaget, hvilket også forbindes med, at indsatsen skal være forebyggende.

7. Resultater

Kapitlet belyser resultater for både unge og forældre, som har været en del af indsatsen. På ungeniveau ser vi på, om de unge oplever øget trivsel samt mestring af hverdagslivet, om der sker en stabilisering eller reduktion i selvskade og svære tanker om krop og mad og om de unge indgår i almene og sociale fællesskaber. Vi rapporterer de unges samt forældre til unges oplevelser og udbytte af indsatsen.

Kapitlet er inddelt i to hovedafsnit, der belyser:

- Udvikling i trivsel, personlig recovery, selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse samt deltagelse i fritids- og foreningsliv.
- Unges oplevelse og udbytte af indsatsen, samt forældres perspektiv på og udbytte af indsatsen.

Boks 7.1:

Hovedfund

- Indsatsen viser lovede resultater for trivsel og personlig recovery. De unges trivsel udvikler sig gennemsnitligt set fra at være i risikoområdet for depression og stressbelastning, når de starter i indsatsen til at være uden for denne risiko, når de slutter i indsatsen. De unges personlige recovery stiger, og er ved afslutning inden for det interval, som i et nyere dansk studie betragtes som normalområdet for den danske befolkning.
- Selvskadende tanker er reduceret betydeligt, når de unge stopper i indsatsen. Hovedparten af de unge har selvskadet forud for, at de starter i indsatsen, og andelen af unge, som har skadet sig selv i måned op til opstart og afslutning ændre sig ikke. Unge med selvskade vurderer, at deres selvskade er blevet noget eller meget mindre sammenlignet med opstart.
- Udviklingen i svære tanker om krop og mad indikerer, at en større andel af unge er mindre belastet af svære tanker om krop og mad, når de slutter i indsatsen, om end der er en andel af unge ved afslutning som i høj grad oplever, at være belastet af svære tanker.
- De unge fremhæver interpersonelle faktorer relateret til samtalemedarbejderen og deltagerene i gruppen, som særligt betydningsfulde elementer i indsatsen. De unge oplever en grad af normalitet ved at samtalemedarbejderne sætter sig selv i spil over for den unge og at deltagerne i gruppeforløb spejler den unges oplevelser og følelser. De unge peger på, at det er afgørende, at de bliver mødt med en anerkendende tilgang og i øjenhøjde, hvor der er forståelse for, at det kan være svært at ændre tanker og adfærd.
- Interviewede forældre, som har deltaget i forældretilbud, fx forældregruppe, oplever det positivt at blive spejlet og anerkendt og nogle oplever at have fået relevante mestringsstrategier til at håndtere den unges situation og rollen som forældre.

Det første afsnit belyser de unges udvikling på en række parametre med henblik på at vurdere, om indsatsen viser lovende resultater. Det andet afsnit belyser, hvilke faktorer i indsatsen som hhv. unge og forældre oplever som gavnlige, og dernæst hvilket udbytte af indsatsen de interviewede personer oplever.

7.1 Udvikling hos de unge

De følgende afsnit beskriver udviklingen i de unges trivsel, personlige recovery, selvskade og spiseforstyrrelse samt deltagelse i fritids- og foreningsliv. Udviklingen skitseres ved brug af 32 unges besvarelse af et spørgeskema ved hhv. indsatsens opstart og afslutning.

7.1.1 Trivsel

De unges trivsel ved opstart og afslutning er kortlagt ved brug af måleredskabet WHO-5, jf. boks 7.2.

Boks 7.2:

Måling af trivsel via WHO-5

De unges trivsel er kortlagt via WHO-5, der er et kort spørgsmålsbatteri med fem udsagn til at vurdere selvoplevet trivsel. Udsagnene beder personen forholde sig til, hvorvidt personen har følt sig tilpas i de seneste to uger. På en skala fra 0 til 5 (fra "på intet tidspunkt" til "hele tiden") bliver personen bedt om at vurdere følgende fem udsagn:

I de sidste to uger...

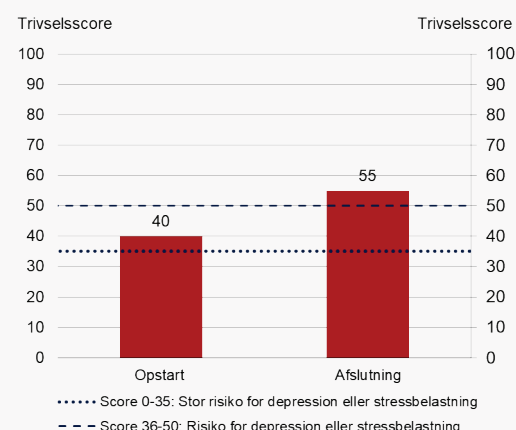
- 1) ... har jeg været glad og i godt humør
- 2) ... har jeg følt mig rolig og afslappet
- 3) ... har jeg følt mig aktiv og energisk
- 4) ... er jeg vågnet frisk og udhvilet
- 5) ... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig

Besvarelsen af de fem spørgsmål omsættes til et pointtal mellem 0 og 100. Jo større pointtal, jo højere trivsel. Ved en score mellem 0 og 35 kan der være stor risiko for depression eller stressbelastning. Mellem 36-50 kan der være risiko for depression eller stressbelastning. Ved en score på over 50 er der umiddelbart ikke risiko for depression eller stressbelastning.

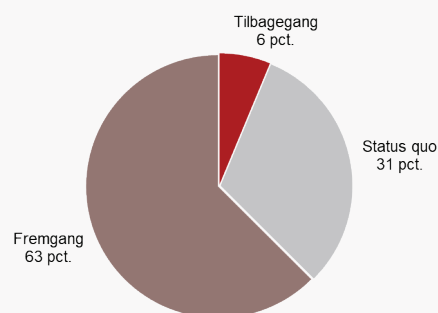
De unges trivsel udvikler sig positivt i perioden fra, at de starter i indsatsen til, at de stopper. Den gennemsnitlige trivselsscore er 40 ved opstart og stiger til 55 ved afslutning, jf. figur 7.1. Trivselsscoren stiger således 15 point, og forskellen er statistisk signifikant.

Flere unge oplever en betydelig fremgang i deres trivsel, når de afsluttes i indsatsen. Næsten to ud af tre unge har en stigning i deres trivselsscore på 10 point eller derover, jf. figur 7.2, hvilket betragtes som en klinisk signifikant forøgelse i trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2017). Meget få unge (6 pct.) oplever en tilbagegang i deres trivsel svarende til en forringelse på 10 point eller derover. Andelen af unge, hvis trivselsscore betegnes som status quo, er 31 pct. Disse unge har hverken oplevet en 10 points forøgelse eller forringelse i trivsel fra opstart til afslutning.

Figur 7.1:
Gennemsnitlig trivselsscore ved opstart og afslutning målt via WHO-5



Figur 7.2:
Andel unge fordelt på udviklingen i deres trivselsscore mellem opstart og afslutning målt via WHO-5



Anm.: N=32 unge i figur 7.1 og figur 7.2. figur 7.1: Parret t-test: $M=40$, $SD=18,20$; $M=55$, $SD=22,75$; $t=-4,53$, $p<.001$
Kilde: Spørgeskemadata ved opstart og afslutning.

De unges trivsel udvikler sig gennemsnitligt set fra at være i risikoområdet for depression og stressbelastning, når de starter i indsatsen til at være uden for denne risiko, når de slutter i indsatsen. Den gennemsnitlige trivselsscore på 40 ved opstart indikerer, at de unge er i lav trivsel, når de starter i indsatsen. Trivselsscoren ved afslutning er over 50 og dermed inden for det interval, der betragtes som normalområdet, hvor der umiddelbart ikke er risiko for depression eller stressbelastning (Sundhedsstyrelsen, 2017). Selvom de unges trivsel udvikler sig positivt, så ligger de unge ved afslutning under normscoren for trivsel på 68 for befolkningen som helhed (ibid.). Dette er ikke overraskende, da de unge udgør en særligt udsat gruppe, som er belastet på en række parametre, der kan påvirke deres niveau af trivsel. Vi kan i evalueringen ikke konkludere, at det er indsatsen, som er årsag til stigningen i trivsel, men den gennemsnitlige positive udvikling i de unges trivsel fra opstart til afslutning indikerer, at indsatsen kan have en væsentlig betydning for de unges velbefindende.

7.1.2 Personlig recovery

De unges personlige recovery ved opstart og afslutning er kortlagt ved brug af måleredskabet Brief Inspire O, jf. boks 7.3.

Boks 7.3:**Måling af personlig recovery via Brief Inspire O**

Personlig recovery måles via Brief Inspire O, der er et måleredskab, som måler fem elementer i recovery. Elementerne betegnes CHIME, og de dækker over, om den unge oplever at være forbundet til andre og at have håb for fremtiden, en positiv identitet samt mening i livet og kontrol over eget liv.

På en skala fra 1-4 (fra 'slet ikke' til 'rigtig meget') bliver den unge bedt om at vurdere følgende fem udsagn:

- 1) Jeg føler mig støttet af andre mennesker
- 2) Jeg har håb og drømme om fremtiden
- 3) Jeg har det godt med mig selv
- 4) Jeg gør ting, som betyder noget for mig
- 5) Jeg føler, at jeg har kontrol over mit liv.

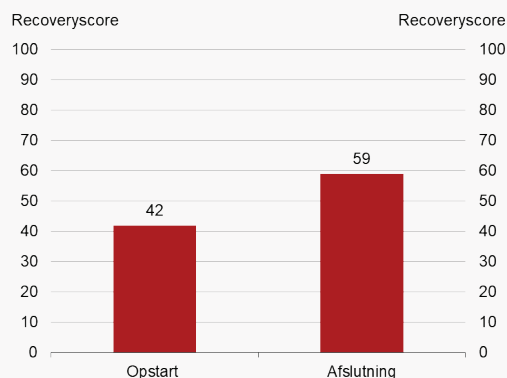
Der udregnes et samlet pointtal mellem 0 og 100 på baggrund af den unges besvarelse af de fem spørgsmål. Jo flere points jo højere personlig recovery.

De unges personlige recovery udvikler sig positivt i perioden fra, at de starter i indsatsen til, at de stopper. Den gennemsnitlige recoveryscore er 42 ved opstart og stiger til 59 ved afslutning. Den gennemsnitlige recoveryscore stiger således med 17 point, og forskellen er statistisk signifikant, jf. figur 7.3.

Flere unge oplever en betydelig fremgang i deres oplevelses af personlig recovery, når de afsluttes i indsatsen. Næsten tre ud af fire unge (72 pct.) har en fremgang på 10 point eller derover i deres recoveryscore, mens kun 13 pct. oplever en tilbagegang i deres personlige recovery svarende til en forringelse på 10 point eller derover, jf. figur 7.4. Andelen af unge, hvis recoveryscore betegnes som status quo, er 16 pct. Disse unge har hverken oplevet en 10 pointtals forøgelse eller forringelse i personlig recovery fra opstart til afslutning.

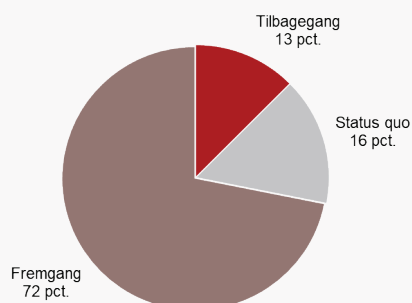
Figur 7.3:

Gennemsnitlig personlig recovery score ved opstart og afslutning målt via Brief Inspire O



Figur 7.4:

Andel unge fordelt på udviklingen i deres personlige recovery mellem opstart og afslutning målt via Brief Inspire O



Anm.: N=32 unge i figur 7.3 og figur 7.4. figur 7.3: Parret t-test: $M=41,719$, $SD=19,15$; $M=59,063$, $SD=23,23$; $t=-4,58$, $p<.001$. Andelen i figur 9.4 summerer ikke til 100 pct. grundet afrunding
Kilde: Kilde: Spørgeskemadata ved opstart og afslutning.

De unges recovery score ved afslutning er over 50 og dermed inden for det interval, som i et nyere dansk studie betragtes som normalområdet (Møller, Gondan, Austin, Slade & Simonsen, 2023). Recovery scoren ved afslutning ligger dog under normscoren på 71 for den danske befolkning. Dette er ikke overraskende, da de unge udgør en særligt udsat gruppe, som er belastet på en række parametre, der kan påvirke deres niveau af personlige recovery.

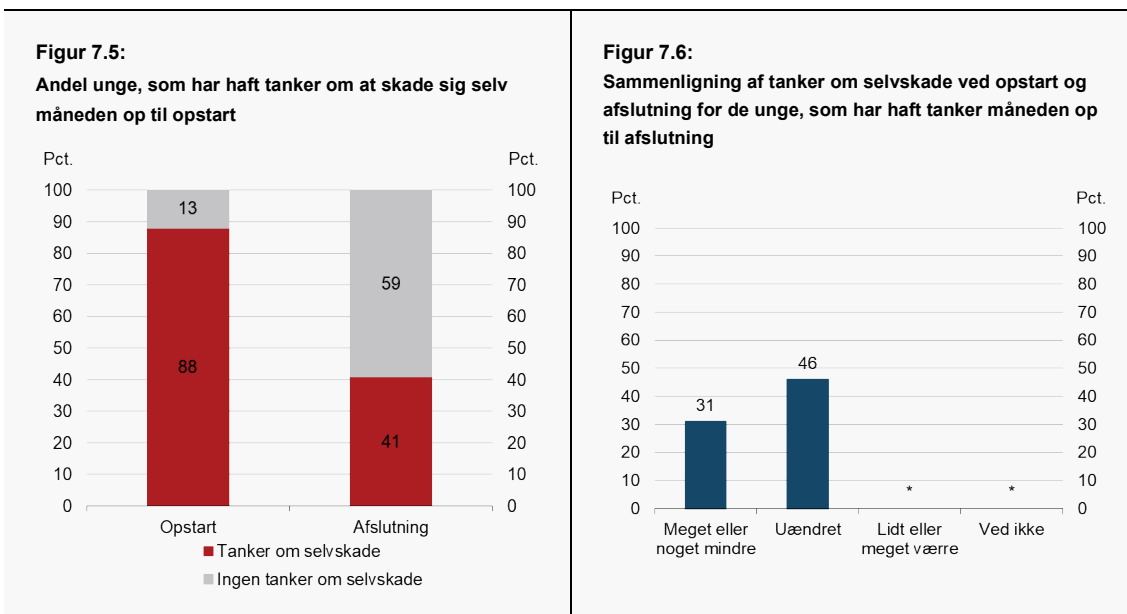
7.1.3 Tanker om selvskade og selvskadende adfærd

De unges udvikling i tanker om selvskade og selvskadende adfærd er kortlagt ved at spørge ind til både tanker om selvskade og selvskadende adfærd ved opstart og afslutning i indsatsen.

7.1.3.1 Tanker om selvskade ved opstart og afslutning

En lavere andel af de unge har ved afslutningen af indsatsen tanker om selvskade, men der er en indikation på, at den selvskade adfærd for nogle unge stadig en del af deres liv. Hovedparten af de unge (88 pct.) angiver ved opstart, at de den seneste måned har haft tanker om at skade sig selv, jf. figur 7.5. Ved afslutning i indsatsen svarer 41 pct., at de har haft tanker om selvskade måneden op til, at de slutter i indsatsen.

Ved afslutning i indsatsen oplever nogle unge, at deres tanker om selvskade er uændrede, mens andre oplever at tankerne fylder noget eller meget mindre. Ud af de unge som har tanker om selvskade måneden op til, at de slutter i indsatsen, vurderer 46 pct., at deres tanker er uændrede, mens 31 pct. vurderer, at deres tanker om selvskade fylder noget eller meget mindre sammenlignet med før opstart i indsatsen, jf. figur 7.6.

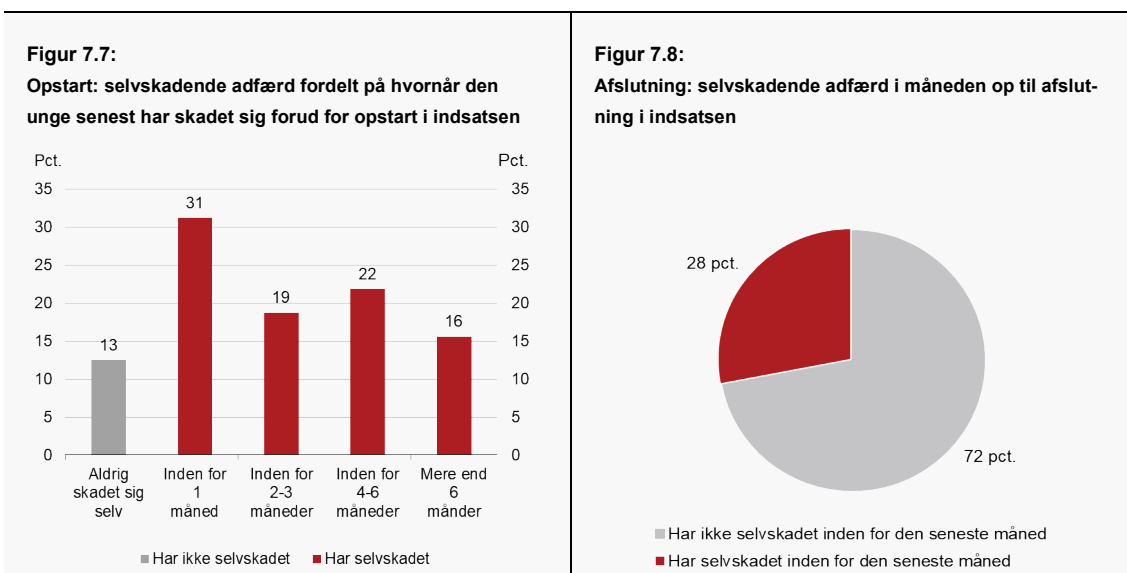


Anm.: N=32 unge i figur 7.5; N=13 i figur 7.6. Andelen i figur 7.5 summerer ikke til 100 pct. grundet afrunding. Hvis opgørelsen er angivet med * er der foretaget en diskretionering af data, da der er for få observationer.

Kilde: Spørgeskemadata ved opstart og afslutning.

7.1.3.2 *Selvskadende adfærd ved opstart og afslutning*

Andelen af unge, som har skadet sig selv inden for den seneste måned, ændrer sig næsten ikke fra opstart til afslutning. En relativt højt andel af de unge (88 pct.) angiver ved opstart, at de på et givent tidspunkt i deres liv har skadet sig selv, hvoraf 31 pct. har skadet sig i måneden op til, at de starter i indsatsen, jf. figur 7.7. Til sammenligning angiver 28 pct. svarende til ni unge ved afslutning, at de har skadet sig selv i måneden op til, at de slutter i indsatsen jf. figur 7.8.

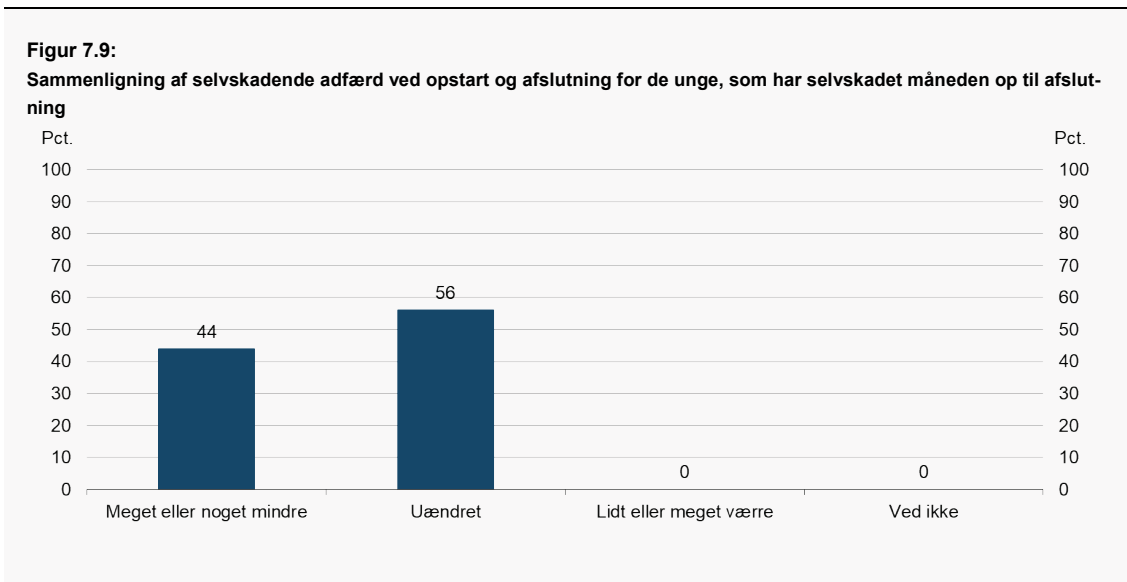


Anm.: N=32 unge i figur 7.7 og figur 7.8. Andelen i figur 7.7 summerer ikke til 100 pct. grundet afrunding.

Kilde: Spørgeskemadata ved opstart og afslutning.

Samlet set tegner der sig et billede af, at den selvskadende adfærd ikke ændrer sig betydeligt, når der ses på andelen af unge, som hhv. har skadet sig selv måneden op til, at de starter og

slutter i indsatsen. Ud af de unge som har skadet sig til i måneden op til, at de slutter i indsatsen, vurderer 56 pct., at deres selvskade er uændret, mens 44 pct. vurderer, at deres selvskade er noget eller meget mindre sammenlignet med før, de startede i indsatsen, jf. figur 7.9. Ingen unge vurderer at deres selvskadende adfærd er blevet værre.



Anm.: N=9.

Kilde: Spørgeskemadata ved opstart og afslutning.

Samlet set er udviklingen i selvskadende tanker og adfærd ikke entydig, når vi sammenligner de unges besvarelser ved opstart og afslutning, men der er en indikation på, at problematikker relateret til selvskade er stabiliseret eller reduceret for flere af de unge. Færre unge har tanker om selvskade ved afslutning. Unge med selvskadende tanker ved afslutning vurderer, at deres tanker er på niveau med eller noget/meget mindre sammenlignet med, før de startede i indsatsen. Andelen af unge, der skader sig selv i måneden forud for opstarts- og afslutningsmålingen er uændret. Unge med selvskadende adfærd ved afslutning vurderer, at deres selvskade er på niveau med eller noget/meget mindre, sammenlignet med før de startede i indsatsen.

7.1.4 Krop og mad

De unge blev ved opstart og afslutning i indsatsen spurgt deres tanker om krop og mad, jf. boks 7.4.

Boks 7.4:

Måling af tanker om krop og mad

De unges tanker om krop og mad er målt ved brug af fem spørgsmål, som er udviklet af STIME¹⁰ og anvendes som et screeningsværktøj. Spørgsmålene er udviklet mhp. at kunne lave en individuel vurdering af den enkelte borgers udfordringsbillede i relation til mulige tidlige tegn på spiseforstyrrelse. Spørgsmålene bliver i denne evaluering brugt som en proxy for mulige problematikker relateret til spiseforstyrrelse, da det blev vurderet mest hensigtsmæssigt ikke at spørge ind diagnostiske tegn i en tidlig forebyggende indsats.

På en skala fra 1-5 (fra 'slet ikke' til 'i meget høj grad') bliver den unge bedt om at vurdere følgende fem udsagn:

- 1) Jeg føler, at tanker om krop og mad styrer mit liv
- 2) Jeg er så utilfreds med min krop, at det påvirker, hvordan jeg har det
- 3) Det vigtigste for mig er at ændre, hvordan min krop ser ud
- 4) Jeg får ofte dårlig samvittighed, når jeg har spist et måltid
- 5) Jeg presser ofte mig selv til at træne, selvom det går ud over mit sociale liv eller fysiske helbred

Flere unge er ved afslutning mindre plaget af svære tanker om krop og mad. Ser vi på de to første spørgsmål, så falder andelen af unge med ca. 20 pct., som *i høj* eller *meget høj grad* oplever, at tanker om krop og mad styrer deres liv, og at utilfredshed med egen krop påvirker, hvordan de har det, jf. tabel 7.1. Samtidig er der en markant større andel af de unge, som ved afslutning *i ringe grad* eller *slet ikke* føler, at tanker om krop og mad styrer deres liv (spørgsmål 1) og utilfredshed med egen krop påvirker, hvordan de har det (spørgsmål 2). Samme billede ses for spørgsmål 3, hvor andelen af unge som *i høj* eller *meget høj grad* mener, at det vigtigste for dem er at ændre, hvordan deres krop ser ud, falder fra 41 pct. ved opstart til 28 pct. ved afslutning.

For spørgsmål 4 ser vi ikke de store ændringer fra opstart til afslutning. Andelen af unge som *i høj* eller *meget høj grad* oplever dårlig samvittighed efter at have spist et måltid er hhv. 28 pct. ved opstart og 31 pct. ved afslutning. Andelen af unge som *i ringe grad* eller *slet ikke* oplever dårlig samvittighed, er steget fra 31 pct. ved opstart til 47 pct. ved afslutning, mens gruppen der *i nogen grad* oplever dette er faldet fra 41 pct. til 22 pct. For det sidste spørgsmål, ser vi til sammenligning med de andre spørgsmål, en relativt høj andel af unge på 63 pct., som *i ringe grad* eller *slet ikke* presser sig selv til at træne på bekostning af sit sociale liv eller fysiske helbred. Andelen af unge som *i ringe grad* eller *slet ikke* oplever dette, stiger til 88 pct. ved afslutning.

¹⁰ Region Hovedstadens tværsektorielle samarbejde m børn og unge i psykisk mistrivsel

Tabel 7.1:
Tanker om krop og mad ved opstart og afslutning

	Spørgsmål 1 Jeg føler, at tanker om krop og mad styrer mit liv		Spørgsmål 2 Jeg er så utilfreds med min krop, at det påvirker, hvordan jeg har det		Spørgsmål 3 Det vigtigste for mig er at ændre, hvor- dan min krop ser ud		Spørgsmål 4 Jeg får ofte dårlig samvittighed, når jeg har spist et måltid		Spørgsmål 5 Jeg presser ofte mig selv til at træne, selvom det går ud over mit sociale liv eller fy- siske helbred	
	Opstart	Afslut.	Opstart	Afslut.	Opstart	Afslut.	Opstart	Afslut.	Opstart	Afslut.
I meget høj/høj grad	53	28	50	31	41	28	28	31	*	*
I nogen grad	34	*	44	25	34	28	41	22	28	*
I ringe grad/slet ikke	*	38	*	44	25	44	31	47	63	88
Ved ikke	*	*	*	0	0	0	0	0	*	0

Anm.: N=32

Kilde: Spørgeskemadata ved opstart og afslutning.

Samlet set tegner der sig et billede af, at de unge gennemsnitligt set oplever at være mindre belastet af svære tanker om krop og mad ved afslutning. Der sker en positiv udvikling forstået som, at færre unge i høj grad oplever svære tanker om krop og mad, mens andelen af unge, som i ringe grad eller slet ikke oplever svære tanker om krop og mad, stiger ved afslutning.

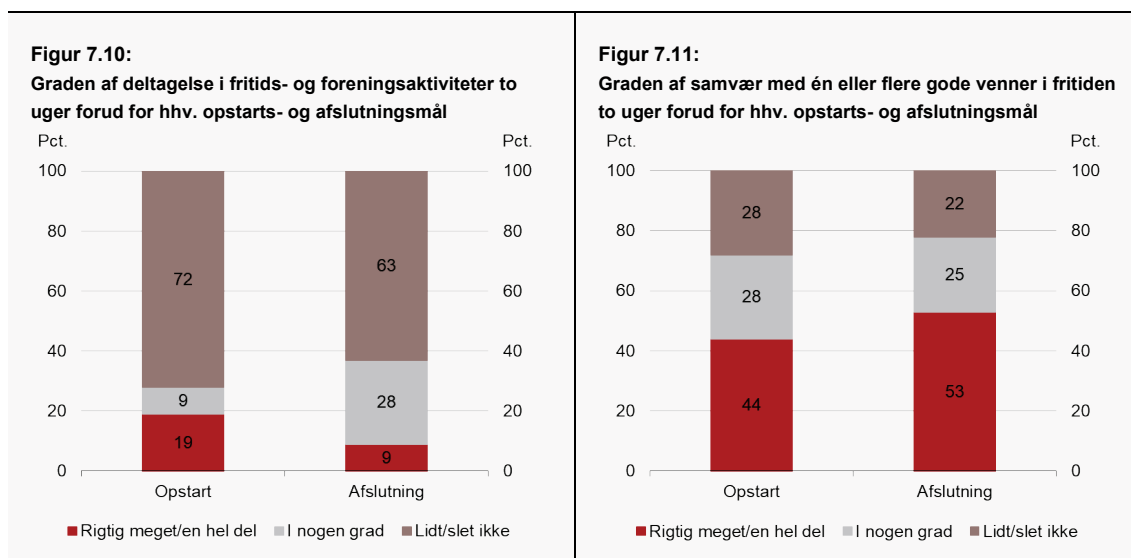
De fem spørgsmål om krop og mad indfanger ikke, om de unge handler på deres tanker. Vi har dermed ikke målt, hvorvidt de unge har en spiseforstyrrelse, og om en eventuel spiseforstyrrelse er stabiliseret eller reduceret, hvilket er af hensyn til indsatsens forebyggende karakter. Spørgsmålene er ej heller udarbejdet til at måle progression. Vi er derfor forsigtige i forhold til at drage konklusioner eller vurderinger vedrørende spiseforstyrrelse, men vi ser indikationer på, at omfanget af unge, som er belastet af tanker om krop og mad, er reduceret.

7.1.5 Deltagelse i fritids- og foreningsaktiviteter samt samvær med venner

De unge er ved opstart og afslutning blevet bedt om at vurdere deres deltagelse i fritids- og foreningsaktiviteter og samvær med venner de seneste to uger på en skala fra 'slet ikke til rigtig meget'.

Deltagelse i fritids- og foreningsaktiviteter er ikke så stor en del af de unges liv før, de starter i indsatsen og ej heller, når de afslutter. Ved opstart svarer 72 pct. af de unge, at de *lidt* eller *slet ikke* har været aktive i fritids- og foreningsliv to uger inden, at de starter i indsatsen, mens det ved afslutning er 63 pct., jf. figur 7.10. Andelen af unge, som har deltaget i fritidsaktiviteter *rigtig meget* eller *en hel del*, falder med 9 pct.-point, mens andelen som *i nogen grad* har deltaget i fritidsaktiviteter stiger med 19 pct.-point

Der er lidt flere unge, som er meget sammen med venner i fritiden i ugerne op til, at de slutter i indsatsen sammenlignet med i ugerne op til, at de starter. Andelen af unge, som oplever, at de er *rigtig meget* eller *en hel del* sammen med én eller flere gode venner i fritiden stiger fra 44 pct. ved opstart til 53 pct. ved afslutning, jf. figur 7.11. Andelen af unge, som *lidt* eller *slet ikke* har været sammen med én eller flere gode venner de seneste to uger, falder fra 28 pct. til 22 pct.



Anm.: N=32 i figur 7.10 og figur 7.11.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Samlet set tegner der sig et billede af, at tilknytningen til fritids- og foreningsliv er lav. Screeningsrapporten peger på, at der for unge med selvskade og spiseforstyrrelse kan være vanskeligheder forbundet med én-til-én-relationer samt en uvilje mod blottelse, fx at bade (til idræt), spise sammen m.m. (Ilsvard et al., 2019a). Hertil kan der være en tendens i ungdomslivet generelt i forhold i mindre grad at deltage i organiserede fælleskaber, som kan forklare den lave deltagelse i foreningslivet. Tidspunktet, hvorpå de unge er blevet spurgt om graden af deres deltagelse, kan også have betydning for svarene, da sportsgrene eller andre fritidsaktiviteter kan være sæsonbestemte. Vi har i evalueringen ikke skelnet mellem forskellige former for fritidsaktiviteter¹¹. Det er dermed usikkert, hvad de unge har betragtet som en fritids- eller foreningsaktivitet, og om besvarelsene er påvirket af, at vi ikke har skelnet mellem fysiske og stillesiddende aktiviteter.

I forhold til de unges samvær med gode venner, så er billedet lidt mere positivt, om end andelen af unge, der *i meget høj grad* er sammen med venner, ikke udvikler sig meget fra opstart til afslutning.

7.2 De unges oplevelse og udbytte af indsatsen

I de følgende afsnit belyser vi, hvilke dele af indsatsen der opleves som særligt gavnlige af unge og forældre i indsatsen, og hvilket udbytte de har oplevet ved at være i indsatsen. Afsnittet tager afsæt i interviews med unge og forældre.

7.2.1 Ungeperspektiv på indsatsens gavnlige faktorer

I dette afsnit præsenterer vi de unges perspektiv på, hvilke dele af indsatsen der opleves særligt gavnlige.

7.2.1.1 Samtalemedarbejderens betydning i både unge-forløb og unge-gruppeforløb

De unge fremhæver på forskellig vis, at relationen til samtalemedarbejderen har stor betydning for dem. De unge nævner på tværs af forløbstyper, at de oplever det som utroligt givende, at samtalemedarbejderen møder dem i øjenhøjde og har en anerkende tilgang.

¹¹ De unge er blevet præsenteret for eksempler i spørgsmålsformuleringen såsom badminton, musik, spejder, rollespil og ungdomsklub eller lignende.

For nogle betyder det, at samtalemedarbejderen sætter sig selv i spil og bliver personlig i samtalerne ved for eksempel at dele ud af egne erfaringer. Det er samtidig med til at give en oplevelse af normalitet blandt de unge, når de oplever, at samtalemedarbejderen kan have en sammenlignelig følelse eller stå i en lignende situation. Nogle unge oplever, at dette understøtter en følelse af, at de pludselig ikke er så anderledes. En ung beskriver, at det har gjort samtalemedarbejderen mere "menneskelig" og lettere at relatere til. Et perspektiv blandt nogle unge er, at det betyder meget, at samtalemedarbejderen ikke er en autoritær figur, men møder dem med en munter og forstående tilgang i samtalen om den unges problemer. Dermed føles det at tale med samtalemedarbejderen som 'en almindelig samtale'.

Anerkendelse i form af at opleve sig set og forstået er en faktor, som flere af de unge italesætter som betydningsfuld. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at samtalemedarbejderne giver dem en oplevelse af, at det er i orden, at det hele ikke altid er godt eller nemt at tale om – og samtidig at der ikke er noget, som er forkert at bringe ind i samtalen. Dette understreges af, at det blandt nogle unge er en væsentlig faktor for deres udvikling, at samtalemedarbejderen sammen med den unge går ind og taler om det, som er særligt svært eller udfordrende. En ung beskriver, at samtalemedarbejderen har anerkendt den unges følelse af, at det kan være svært at blive spurgt til og snakke om ubehagelige ting, men at det samtidig har stor værdi, at samtalemedarbejderen tager fat om roden af den unges problematik og taler om det, som er særligt udfordrende. Det giver en oplevelse af, at der er nogle, som faktisk tager hånd om den unge. En anden ung beskriver det som vigtigt, at samtalemedarbejderen ikke alene har et fremadskuende perspektiv på at finde strategier til eksempelvis at bryde med udfordringsbilledet, men at der også er et bagudskuende perspektiv på årsagerne til den unges udfordringer.

7.2.1.2 Feedback og ressourcefokus i gruppesamtaler

De unge i indsatsen, som har deltaget i et gruppeforløb, fremhæver feedback og ressourcefokus som faktorer, der har en positiv betydning for deres oplevelse af at være i et gruppeforløb.

Metoden bevidning er udbredt for at strukturere gruppeforløbene, hvor de unge skiftes til at dele noget, som fylder hos dem og derefter modtage feedback fra de andre unge i gruppen. Dette fremhæver nogle unge som et betydningsfuldt element i gruppeforløbene. De unge oplever det som gavnligt både at høre de andre i gruppen reflektere over det, som de har valgt at dele, men også være den, der reflekterer. Flere beskriver, at det at være i en gruppe med andre giver dem en følelse af sammenhold, og at de ikke står alene med deres udfordringer. De oplever at føle sig mindre alene ved at dele erfaringer fra hverdagen med hinanden, fordi svære følelser og situationer bliver genkendt de unge imellem. En ung forklarer for eksempel, hvordan det, at dele sine personlige oplevelser med andre unge, har gjort, at hun føler sig mødt og forstået:

For eksempel, hvis jeg en dag har haft et skænderi med min mor, og jeg føler, at det kun går ud over mig og aldrig mine søskende, så er der for eksempel en af de andre, der kunne sige, at det oplever hun også. Så går hun ind på sin historie lidt, sådan at man kan høre hinandens sider af hverdagen, så man også kan føle, at man ikke er alene i de situationer, man gennemgår, fordi det kan godt være, at du måske er alene i det derhjemme. – Ung

Nogle unge fortæller, at de i starten af deres forløb oplevede det som mærkeligt eller grænseoverskridende at dele personlige og sårbare fortællinger. De unge oplever dog efter kort tid, at gruppen er et trygt forum, hvor de kan tale med andre om det, de synes kan være svært. Mange unge pointerer også, at samtalerne i gruppeforløbene har fået dem til at føle sig "almindelige",

hvilket flere beskriver som rart. Nogle af de unge forklarer dette ved, at de unge har delt og anerkendt hinandens oplevelser. En ung beskriver, at hun på den måde har opdaget, at der hverken er noget, som er rigtigt eller forkert, men at hun bare kan få lov til at være.

Foruden feedback-elementet ses en væsentlig faktor for de unges oplevelse af gruppen, at der er et ressourcefokus, hvor de unge i gruppen har en bevidsthed om at fremhæve og reflektere over handlemuligheder i svære situationer. En ung fortæller:

At vi behøvede ikke, man måtte gerne fortælle, altså det vi snakker om derinde er jo svært, og man måtte også gerne fortælle om det svære, men når der skulle gives feedback, var det vigtigt, at man ligesom prøvede at holde det lidt positivt. Og det er det, som har fanget mig helt vildt i gruppen, det er, at den er enormt anerkendende og opløftende. Hvor det ikke er, at man bliver dumpet lidt i hovedet over nogle af de fejl, man har gjort, eller hvis man har haft et tilbagefald, så er det ikke det, der bliver lagt fokus på, men tværtimod, at man måske selv har anerkendt, at man har haft et tilbagefald. – Ung

Der er således en bevidsthed om, at et positivt fokus i gruppen hjælper de unge til at udvikle sig. Dette skyldes ifølge de unge, at både samtalemedarbejdere og andre unge i gruppen reflekterer over og italesætter sejre frem for nederlag. Det italesættes også som et væsentligt element i at udvikle sig, at de unge kan motivere hinanden til at turde tage nogle skridt hen imod det, som de kan mærke, at de gerne vil. Hvor det at kunne spejle sig i andre, som tør handle på noget, giver mod til selv at gøre det. Det bliver hertil fremhævet, at det er betryggende, at man ikke afsluttes i gruppen, når man måske oplever at få det bedre, hvilket beskrives af en ung, som betydningsfuldt for, at man ikke holder igen, men har lyst til at blive ved med at arbejde på at komme i mål. Dermed opleves det også som legitimt at dele sejre og fremgang med gruppen, hvilket er med til at understøtte en positiv gruppedynamik.

7.2.2 Unge- og forældreperspektiv på de unges udbytte

I dette afsnit præsenterer vi unge og forældres perspektiv på de unges udbytte af indsatsen, herunder oplevede ændringer i selvskade og spiseforstyrrelse, selvbillede og hverdagsliv.

De unge, som oplever en positiv ændring, italesætter, at de har fået strategier eller redskaber til at håndtere tanker relateret til vægt, spisning og selvskade. Dette understøtter, at de har en oplevelse af, at de bedre kan overkomme trangene til at selvskade eller vælge at spise, selvom lysten til at fravælge mad er stor. En ung med udfordringer relateret til selvskade fortæller:

Og hvis det er, at for eksempel jeg får trang til selvskade, så kan det være, at vi finder, okay, så før jeg gør det, så skal jeg igennem de her steps, før jeg må gøre det. Så for eksempel, at jeg skal gå i bad, jeg skal se en film, jeg skal lægge makeup, jeg skal lave et eller andet, som får mig på andre tanker. Og det plejer næsten hver gang at virke. – Ung

En anden ung fortæller, at hun i forløbet har fået en større forståelse af spiseforstyrrelsen, og hvordan den påvirker hendes liv og hverdag. For hende betyder det, at hun har en aktiv bevidsthed om, hvad det betyder for hendes hverdag at fravælge måltider:

Selvfølgelig kommer min spiseforstyrrelse frem, når jeg er meget stresset. Også meget i den her situation der foregår derhjemme lige nu. Men der er bare ofte, hvor at min logik bedre kan gå ind og overtage nu, end den kunne før, fordi jeg har fået så meget forståelse inden for området efter jeg har snakket med [samtalemedarbejder]. Så selvom jeg måske ikke har lyst til at spise,

så gør jeg det alligevel, fordi at jeg kan se logikken i, at så bliver det nemmere for mig resten af dagen. – Ung

Den unge fortæller, at det nødvendigvis ikke altid er blevet nemmere at spise, men hun har nemmere ved at vælge maden til, da hun har fået en bevidsthed om, hvordan det positivt vil påvirke resten af hendes dag. Hun bekræfter at have fået en egenomsorg for sig selv, hvor hun vælger måltider til for hendes egen skyld, og fortæller, at dette er med til at løfte en stor vægt fra hendes skuldre i hverdagen.

Flere af de unge reflekterer over, at spiseforstyrrelsen nok aldrig vil slippe dem helt, og at de kan mærke, at negative tanker om vægt, mad og krop særligt kan dukke op i perioder, hvor de er pressede eller gennemgår noget svært. Denne refleksion ses også blandt flere af de interviewede forældre, hvor de beskriver en forsat frygt for og observation af, at den unge oplever tilbagefald i hårde og pressede perioder eller ved overgange til eksempelvis ny uddannelse. Selvom de unge oplever bedring, så kan dårlig samvittighed, skyld og fiaskofølelser dukke op i perioder, hvor de er pressede og eksempelvis får et øget fokus på deres vægt. Dog italesætter flere unge, at de ikke oplever, at de negative følelser er på samme niveau, som da de startede i indsatsen.

En forælder til en ung beskriver, at indsatsen ikke har forbedret den unges problematikker, men at den har forebygget en yderligere forværring af den unges tilstand:

Jeg tror, at jeg måske hellere ville tænke det den anden vej rundt, fordi jeg tror, at hvis hun ikke var havnet hernede, så tror jeg faktisk, at hun var væltet endnu mere, end hvad hun trods alt gjorde. Så jeg tror, at ved hun var hernede, kunne det holde hende til, at hun ikke bare væltede, som i fuldstændigt. Så det var ikke fordi, at jeg egentlig oplevede et barn, der fik det bedre. [...] Så ja, hun fik det egentlig værre, men hun kunne faktisk stadigvæk fungere. Og det tror jeg jo egentlig faktisk, var [samtalemedarbejderens] skyld, at hun ikke endte med at være helt fuldstændig i sin seng. Eller på en psykiatrisk afdeling, børneafdeling. Det holdt hende lidt oppe. Så tiltede hun lidt, og så kom hun op igen, og så tiltede hun lidt, og så kom hun op igen. Og sådan er det lidt stadigvæk. – Forælder

De interviewede unge, der endnu ikke oplever ændringer i deres spisning eller spiseforstyrrelse, fremhæver, at det er svært, og at spiseforstyrrelsen giver en oplevelse af kontrol, som de ikke er klar til at slippe. En af de unge reflekterer over, at selvom hun ikke oplever en ændring i selve spiseforstyrrelsen, så oplever hun en udvikling i forhold til, at hun nu kan spotte, hvornår spiseforstyrrelsen styrer hendes tanker, at hun nu kan tale om det, og at hun nu ved, hvad hendes problem er.

7.2.2.1 Positive ændringer i de unges hverdag og syn på sig selv

De unge beskriver generelt deres hverdagsliv som mere positiv, når de er blevet spurgt til, om de oplever nogen ændringer i deres hverdag efter, de er startet i indsatsen. Ændringerne, som de unge italesætter, spænder fra at opleve sig som en hel version af sig selv, til at have mere overskud til uddannelse og arbejde.

Større overskud og mere glæde er også noget, som de unge italesætter i forhold til hvilke ændringer, de mærker i deres hverdag. Et større overskud italesættes både i relation til uddannelse og arbejde. En ung i indsatsen beskriver, at hun har mere overskud i hverdagen, og at det er meget nemmere at koncentrere sig i skolen, fordi hun har mulighed for at tale ud om sine bekymringer i gruppesamtalerne, hvormed negative og destruktive tanker fylder mindre i hverdagen.

Flere unge beskriver, at de generelt oplever, at de kan tale mere åbent om, hvad der udfordrer dem og at de ikke skal skjule deres problemer over for andre. En ung fortæller:

At jeg sådan er mere glad efter skole. At jeg ikke skal tænke på, om jeg går rundt i langærmet t-shirt eller sådan noget. Og også bare sådan, at jeg ikke skal skjule noget for mine venner og sådan noget. – Ung

De interviewede unge, som har haft deres forældre inddraget i forløbet, italesætter, at de oplever, at kommunikationen mellem dem og deres forældre er blevet bedre, da de bliver mødt på en mere lyttende og forstående måde. Det betyder for nogle, at de nu kan tale med deres nærmeste, hvis de bliver kede af det. Flere unge beskriver, hvordan deres selvværd i lang tid har været udfordret, men at de oplever en forbedring, efter de er startet i indsatsen. En ung beskriver oplevelsen af et mere positive selvbillede, som en følelse af at være mindre usikker på sig selv og sit eget udseende:

Nu står jeg ikke længere i spejlet og siger til mig selv, at jeg er mega tyk og grim. Så det er ret dejligt, at man ikke skal gøre det hele tiden – Ung.

Forældre beskriver også, at deres børn ikke længere føler sig forkerte, hvilket blandt andet beskrives som en større selvtillid og stædighed omkring at turde at stå ved sig selv og sine udfordringer. Flere af de interviewede forældre oplever, at den unge i højere grad oplever at føle sig anerkendt, og at de også i højere grad oplever, at de har fået et andet syn på sig selv i relation til deres omverden. En forælder fortæller:

Den der med, hvor hun siger, at det er faktisk okay, at hendes styresystem, det er, som det er. Altså, det er der ikke nogen, der skal lave om på. Hun skal slet ikke lave om på det. Det er verden, der ligesom skal finde ud af, at der også skal være plads til hende. Det er ikke hende, der skal laves om for, at der bliver plads til hende i verden, vel? Altså, det er lige præcis den der, det er et rigtig godt eksempel på, at det har givet mening. Det der, der er blevet snakket om. – Forælder

7.3 Udbytte i familien og hos forældre

I de følgende afsnit belyser vi, hvilket udbytte forældrene har oplevet af indsatsen. Afsnittet tager afsæt i interviews med forældre til unge med selvskade og spiseforstyrrelse.

7.3.1 Forståelse og ændrede handlemønstre giver bedre kommunikation og færre konflikter

At have fået en større forståelse for de unges udfordringer er et tema, der går igen i interviewene med forældrene. Det synes at hænge sammen med, at forældrene gennem både familiesamtaler, forældresamtaler og forældregruppesamtaler har fået en større indsigt i selvskade og spiseforstyrrelsers funktion, hvordan det opleves for den unge, og hvorfor de unge handler, som de gør. Det kan fx være forståelse for, at der foregår mange ting i hovedet på de unge, og at de kan være så pressede, at der kan komme konflikter, hvis forældrene stiller for mange krav:

Men jeg tror også, at jeg er blevet bedre til så, at i nogle omgange, altså bare glide uden om konflikten, og så sige: jamen okay, det lykkedes så ikke lige i dag, den lader vi glide, og så prøver vi lige igen i morgen. (...) Og der er vi jo egentlig tilbage til den der rummelighed overfor, at det ikke altid er

*lige nemt, at være inde i et presset hoved. Dét er jeg blevet klogere på. –
Forælder*

Forældrenes ændrede forståelse for den unges udfordringer medfører, at forældrene agerer anderledes i situationer med den unge. Det kan eksempelvis være, at forældrene stiller færre krav til den unge, stiller færre eller anderledes spørgsmål og er mindre løsningsorienterede. Hertil er et perspektiv blandt forældrene, at indsatsen skaber et rum, hvor forældrene har mulighed for at reflektere over deres egne handlemønstre:

Og så er der jo igen også nogle af de her ting, hvor der er en situation, vi snakker om, og så bliver der stillet nogle spørgsmål ind til nogle reaktioner eller hvad det måtte være. Og så skærper det måske opmærksomheden på, hvorfor reagerer jeg egentlig så kraftigt lige på det her? Så det bliver jo en lidt mere målrettet refleksion. Og det er jo altid brugbart. – Forælder

7.3.1.1 Bedre kommunikation

Når forældrene bliver spurgt, hvilke ændringer de kan se, at der er sket i familien, nævner de bedre kommunikation. Forældre fortæller, at de er blevet bedre til at tale sammen med deres barn, og at de er blevet mere åbne over for hinanden. Dette bliver både tilskrevet at være en virkning af, at den unge selv går i et samtaleforløb, og at de selv går i et forældreforløb. Nogle forældre oplever at deres forløb har givet dem redskaber og kompetencer til at tale med deres barn på en god måde:

Altså jeg tror, at jeg fik meget ud af at lægge mærke til den måde, [samtalemedarbejderen] spørger på. Altså hvordan man kan samtale med et andet menneske og prøve at lade være med at være for ladet i sine spørgsmål. Så hvordan man sådan kan holde en samtale nede i konfliktniveau. Det synes jeg var meget bemærkelsesværdigt at sidde og observere på. Og det er jo noget, man selv kan bruge efterfølgende. – Forælder

Andre forældre fortæller, at familiesamtalerne, hvor de har deltaget sammen med deres barn, har understøttet en god dialog og åbenhed:

*Og så har det nogle gange været et sikkert område at tage de snakke her-nede, hvor [samtalemedarbejderen] har været involveret, fordi så har der været nogle eksempler, og så har vi sådan taget udgangspunkt i det, og så kan [samtalemedarbejderen] være den, som prøver at oversætte, og så kan jeg holde mig lidt mere neutralt. Så det har sådan set fungeret rigtig fint. –
Forælder*

7.3.1.2 Færre konflikter

Nogle forældre oplever, at deres ændrede forståelse og handlemønstre sammen med en styrket kommunikation er med til at skabe færre konflikter i familien:

Altså jeg oplever meget få konflikter med [ung]. Netop fordi at jeg ved, at jeg ikke skal presse hende. (...) Men jeg kan bare også mærke, at der er ikke så mange konflikter derhjemme. – Forælder

Forældrenes perspektiver indikerer, at tilbud til forældre kan være med til at skabe positive forandringer i familiodynamikker, hvilket understøtter den unges forløb.

7.3.2 Anerkendelse og spejling

Anerkendelse og spejling er temaer, som er på spil i interviewene med forældre. Dette gælder i særdeleshed for de forældre, der har deltaget i forældregruppesamtaler.

Et element i forældregruppesamtalerne er, at forældrene deler deres egne erfaringer, oplevelser og udfordringer med en gruppe af forældre til andre unge, hvorefter de giver hinanden feedback. Det kan for eksempel være en konflikt, de har haft med deres barn. Forældrene oplever, at dette giver dem en følelse af at blive anerkendt som forældre, fordi de bliver støttet og mødt med forståelse i deres håndtering af forskellige situationer. En forælder fortæller eksempelvis:

Man føler, at man ikke er alene om tingene. Man føler et fællesskab og en masse støtte. Og folk, der lytter til en og tager ens problemer seriøst. Og det man sådan tænker selv bare er fjollet, der får man at vide, at det er det faktisk ikke. Det er et rart fællesskab og det er sådan et safe space. Det er sådan et sikkert rum. – Forælder

I forældregruppesamtalerne har forældrene derudover mulighed for at spejle sig i hinandens erfaringer og udfordringer, hvilket de fortæller giver dem en følelse af tryghed og af ikke at være alene:

Jeg kunne i hvert fald høre en masse gengangere. Altså dét her med: bær din tallerken ud, få ryddet op på dit værelse, og alle sådan nogle ting. (...) Jeg kunne i hvert fald høre, at det var mange af de samme problematikker, som gik igen. Det er der jo en eller anden besynderlig tryghed i, at man ikke er den eneste, der sidder med det problem. – Forælder

Forældrenes perspektiver indikerer, at forældregruppesamtalerne kan bidrage til, at forældrene har et fællesskab, hvor de kan tale om og blive mere trygge i rollen som forælder til et barn med selvskade og spiseforstyrrelse.

8. Omkostninger

I dette kapitel belyser vi med en udgiftsanalyse projektkommunernes omkostninger forbundet med indsatsen. Analysen tager udgangspunkt i projektkommunernes erfaringer, men så vidt muligt har vi fokus på, at beregningerne skal være anvendelige for andre kommuner. Udgiftsanalysen vil:

- Belyse de økonomiske omkostninger forbundet med at etablere og drifte indsatsen

Boks 8.1:

Hovedfund

- De samlede estimerede omkostninger forbundet med indsatsen varierer fra ca. 1,2 mio. kr. til 2,9 mio. kr.
- De estimerede omkostningerne pr. deltager varierer fra ca. 20.000 til 45.000 kr.
- Resultatet er særligt følsomt over for antal gennemførte forløb pr. år. Gennemførelse af 25 pct. færre eller 25 pct. flere forløb pr. år medfører, at omkostningerne pr. deltager gennemsnitligt stiger med 24 pct. eller falder med 15 pct.
- Resultatet er desuden følsomt over for et eksisterende basisalternativ. Hvis der i kommunen findes et basisalternativ til indsatsen, forventes omkostningerne at falde med 5-40 pct. pr. deltager, afhængigt af andelen af unge der betragtes som værende opsporede i basisalternativet.

Udgiftsanalysen er udarbejdet på baggrund af oplysninger om indsatsen fra følgende kilder:

- Stam- og aktivitetsregistreringer i de fire projektkommuner
- Interviews med medarbejdere, projektledere og ledere i de fire projektkommuner
- Enhedspriser fra Social- og Boligstyrelsens omkostningsmodel (Socialstyrelsen, 2021a)

Kapitlet indledes med en beskrivelse af input og antagelser forbundet med analysen. Først beskriver vi de elementer, som kan omsættes til en gennemsnitsbetragtning på tværs af samarbejdskommunerne. Derefter opstilles matricer, hvori samarbejdskommunernes egne erfaringer fremgår for de elementer, der ikke meningsfuldt kan omsættes til et samlet scenarie. Dette udmunder i en omkostningsanalyse, der indeholder et foreløbigt kvantificeret estimat for omkostningerne i alt og pr. deltager for hver af de fire kommuner, hvilket kaldes basisberegningen. Vi nuancerer analysen med følsomhedsanalyser, der viser, hvordan omkostninger pr. deltager påvirkes ved variationer i indsatsens antagelser.

8.1 Input og antagelser

Udgiftsanalysen tager udgangspunkt i en række antagelser om ressourceforbruget forbundet med at etablere og drifte indsatsen. Disse antagelser kan kun delvist omsættes til en gennemsnitsbetragtning. Ressourceforbruget relateret til samtaleforløb og tidshorisonten for drift af indsatsen kan betragtes ensartet på tværs af de fire kommuner og derfor kan det omsættes til et scenarie, som basisberegningen baseres på. Ressourceforbruget relateret til opstartsaktiviteter, kompetenceudvikling, mødeaktiviteter og tilbud til forældre kan omvendt ikke betragtes ensartet på tværs af kommuner, og derfor kan der ikke opstilles et scenarie for denne del. I det følgende beskrives de to dele af ressourceforbruget separat, så kommende kommuner kan bruge resultaterne lettest muligt.

Alt ressourceforbrug er prissat ud fra gennemsnitlige priser, fx er timelønnen for medarbejderne baseret på gennemsnitslønninger fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL). Det gør prissætningen sammenlignelig for andre kommuner.

8.1.1 Ressourceforbrug: Samlet scenarie

Ressourceforbruget forbundet med samtaleforløb og tidshorizonten for drift af indsatsen kan meningsfuldt opgøres ud fra en gennemsnitsbetragtning. Derfor opstilles der et samlet scenarie for analysen i forhold til denne del af ressourceforbruget. Scenariet er baseret på projektkommunernes erfaringer og omsat til et scenarie, som en kommende kommune kan forvente at etablere og drifte indsatsen i. Resultatet af udgiftsanalysen vil være et andet, hvis forholdene i scenariet ændres. Senere i kapitlet udføres følsomhedsanalyser, hvor det ses, hvordan de estimerede omkostninger pr. ung ændrer sig, hvis scenariet for basisberegningen ændrer sig.

Analysens scenarie fremgår af boks 8.2:

Boks 8.2:**Analysens scenarie**

Tidshorizont: 2-årig periode for igangsættelse og drift af indsatsen

Teamstruktur: Team bestående af 2-9 samtalemedarbejdere

Deltagere: 30 forløb pr. år

- 20 unge-forløb
- 5 unge-gruppeforløb
- 5 unge-kombiforløb)

Øvrige omkostninger: 5.000-10.000 kr.

I det følgende udfoldes de enkelte elementer i scenariet.

8.1.1.1 Tidshorizont for indsatsen

Indsatsen antages at blive driftet i en toårig periode, ligesom det har været gældende for projektet. Erfaringerne fra projektkommunerne viser, at indsatsen udvikles i den første del af perioden. Derfor antages det i scenariet, at den første del af perioden bruges på etablering af indsatsen, mens den sidste del bruges på drift. Hvornår driftsperioden indtræffer afhænger af, hvad kommunerne i forvejen har af igangværende indsatser. Projektkommunerne har forskellige erfaringer hermed. Kommune B kunne allerede fra start at drifte indsatsen og opstarte unge-forløb, mens Kommune D brugte det første år på etablering og derfor først opstarter unge-forløb i andet år. Kommune A og C begyndte at opstarte unge-forløb omtrent halvejs i det første år.

8.1.1.2 Teamstruktur

Det antages, at kommunen etablerer et team bestående af 2-9 samtalemedarbejdere afhængigt af kompetencer og organisering af indsatsen i kommunen (se tabel 5.1 i kapitlet **implementering**). Antallet af samtalemedarbejdere har betydning for variationen i omkostningerne.

8.1.1.3 Forløb

På tværs af de fire kommuner har der været tilbudt unge-forløb, unge-gruppeforløb og unge-kombiforløb. Gennemsnitligt antal samtaler, varighed af samtaler, antal samtalemedarbejdere og forberedelse/efterarbejde fremgår af tabel 8.1 for hver type af forløb.

Tabel 8.1:
Forløb

	Unge-forløb	Unge-gruppeforløb	Unge-kombiforløb (unge-forløb)	Unge-kombiforløb (unge-gruppeforløb)
Gns. Antal samtaler	7,5	9,2	9,7	12,2
Varighed af samtaler	1 time	2 timer	1 time	2 timer
Antal samtale- medarbejdere	1	2	1	2
Forberedelse/efterar- bejde pr. samtalemedar- bejder	0,5 timer	0,5 timer	0,5 timer	0,5 timer

Anm.: Det gennemsnitlige antal samtaler er beregnet på tværs af de fire kommuner. En andel af de individuelle samtaler afholdes som familiesamtaler, hvor forældre deltager sammen med den unge. Til familiesamtaler er der i nogle tilfælde tilknyttet to samtalemedarbejdere, og varigheden kan være længere end en time, men familiesamtaler er ikke inkluderet i beregningen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata og omkostningsinterviews.

8.1.1.4 Deltagere

Da projektkommunernes udgangspunkt har været forskelligt forud for indsatsen, har de ikke brugt lige lang tid på forberedelse, førend unge kunne optages i indsatsen. De har derfor ikke haft det samme case-load i projektperioden. Derudover har projektkommunerne i forskelligt omfang anvendt hhv. unge-forløb, unge-gruppeforløb og unge-kombiforløb. Det bemærkes, at erfaringerne fra projektkommunerne er, at der også kan deltage unge uden for målgruppen i indsatsen. For eksempel unge med andre problematikker end selvskade og spiseforstyrrelse eller borgere som er over 29 år. Dette kan der imidlertid ikke tages højde for i beregningen.

Analysens scenarie baseres på gennemsnitsbetragtninger baseret på projektkommunernes erfaringer og tilpasset ud fra, hvad der er muligt i forhold til, at der er gennemført både unge-forløb, unge-gruppeforløb og unge-kombiforløb med fem deltagere pr. gruppe. Det antages, at der er 30 unge, som gennemfører indsatsen pr. år, hvoraf 20 unge er i unge-forløb, fem unge er i unge-gruppeforløb, og fem unge er i et unge-kombiforløb.

Da denne indsats er baseret på den enkelte unges individuelle behov, er det ikke meningsfuldt at inkludere gennemførselsrater i analysens scenarie. For eksempel kan et forløb betragtes som gennemført, selvom en given ung blot har behov for 1-2 samtaler, da det er en tidlig og forebyggende indsats.

8.1.1.5 Øvrige omkostninger

Kommunernes øvrige omkostninger bestående af omkostninger til fx produktion af informationsmateriale og bøger forventes gennemsnitligt at udgøre 5.000-10.000 kr.

8.1.2 Ressourceforbrug: Projektkommunernes erfaringer

Ressourceforbruget forbundet med opstartsaktiviteter, kompetenceudvikling, mødeaktivitet, supervision og tilbud til forældre kan ikke meningsfuldt opgøres ud fra en gennemsnitsbetragtning for alle fire kommuner. Derfor opstilles der ikke et samlet scenarie for analysen i forhold til denne del af ressourceforbruget. Derimod vises projektkommunernes erfaringer og deres ressourceforbrug. Andre kommuner, der kan have behov for at kende omfanget af ressourceforbruget for indsatsen, kan bruge de fire projektkommuners erfaringer og vurdere, hvilken kommune der er mest relevant for sammenligning. Nedenfor har vi opstillet matricer for hver omkostningskategori.

8.1.2.1 Opstartsaktiviteter

Af tabel 8.2 fremgår projektkommunernes opstartsaktiviteter i forbindelse med etablering af indsatsen.

Tabel 8.2:
Projektkommunernes opstartsaktiviteter

	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
Opsporing	<ul style="list-style-type: none"> Opsporingsarbejde: projektleder 	<ul style="list-style-type: none"> Opsporingsarbejde: leder 	-	<ul style="list-style-type: none"> Opsporingsarbejde: projektleder og samtalemedarbejder
Udvikling af forløb	<ul style="list-style-type: none"> Koordinering af praktiske ting, udvikling af forløb og projektindkøring 	-	<ul style="list-style-type: none"> Arbejdsgrupper til udvikling af unge-forløb og unge-gruppeforløb, tilbud til forældre samt materiale til henvisning og opsporing 	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata og omkostningsinterviews.

8.1.2.2 Medarbejdernes kompetenceudvikling

Projektkommunernes udgangspunkt har været meget forskelligt forud for indsatsen, ligesom de har haft forskellige faglige tilgange i forhold til at arbejde med unge med selvskade og spiseforstyrrelse. De har haft mulighed for at søge midler til kompetenceudvikling efter behov.

Af tabel 8.3 fremgår, hvilke kompetenceudviklingsaktiviteter projektkommunerne har haft samt prisen for disse.

Tabel 8.3:
Projektkommunernes kompetenceudvikling inklusiv pris (i alt)

Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
<ul style="list-style-type: none"> To temadage: pris ukendt LMS-kursus med fokus på afholdelse af gruppesamtaler: pris ukendt Uddannelsesforløb om supervisions- og sparringsprocesser: 10.000 kr. Uddannelsesforløb i DAT: 40.000 kr. Uddannelsesforløb i mentaliseringsbaseret terapi: 40.000 kr. 	<ul style="list-style-type: none"> En temadag: pris ukendt 	<ul style="list-style-type: none"> Kompetenceudviklingsdage med fokus på responsbaseret terapi, systemisk terapi, narrativ terapi og løsningsfokuserede målsætninger: 182.750 kr. 	<ul style="list-style-type: none"> LMS-kurser med fokus på facilitering af forløb, opsporings- og screeningsredskaber og opsporing i folkeskolen: 60.000 kr. Kompetenceudvikling i ACT: 50.000 kr. Kursusdage ved Region Syddanmark: pris ukendt Studietur: ingen ekstra omkostninger udover løn

Anm.: For nogle dele af kompetenceudviklingen er prisen ukendt og derfor ikke indregnet. Andre kommuner bør derfor tage højde for, at der vil være yderligere omkostninger forbundet med dette.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata og omkostningsinterviews.

8.1.2.3 Opsporing, mødeaktivitet og supervision

Omkostningerne til opsporing, mødeaktivitet og supervision består af løn til samtalemedarbejdere, ledere og projektleder samt omkostninger til supervision ved ekstern supervisor. Dette fremgår af tabel 8.4.

Tabel 8.4:
Opsporing, mødeaktivitet og supervision i projektkommunerne

	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
Opsporing	-	<ul style="list-style-type: none"> Vedligeholdelse/understøttelse af opsporingskanaler 	<ul style="list-style-type: none"> Møder i opsporingsnetværket Supervision 	<ul style="list-style-type: none"> Vedligeholdelse af samarbejdsrelationer
Mødeaktivitet	<ul style="list-style-type: none"> Møder med ledere Visitations- og sagsdrøftelse Koordinering og visitation Følgegruppemøder 	<ul style="list-style-type: none"> Sparringsmøder 	<ul style="list-style-type: none"> Fælles faglig sparring Henvisningsforum 	<ul style="list-style-type: none"> Teammøder Lokale arbejdsdage med faglig sparring
Supervision	<ul style="list-style-type: none"> 6x2 timer: 40.000 kr. 	<ul style="list-style-type: none"> 10x2 timer: 40.000 kr. 	<ul style="list-style-type: none"> 3x3 timer: 25.000 kr. 	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata og omkostningsinterviews.

8.1.2.4 Tilbud til forældre

Foruden familiesamtalerne, som tilbydes som en del af unge-forløbene, har projektkommunerne haft forskellige tilbud til forældre til unge, som har selvskade- og spiseforstyrrelsesproblematikker, hvilket fremgår af tabel 8.5.

Tabel 8.5:
Tilbud til forældre

Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
<ul style="list-style-type: none"> Forældresamtaler: 21 forløb, gns. 2,3 samtaler 	<ul style="list-style-type: none"> Forældresamtaler: 23 forløb, gns. 8,0 samtaler Forældregrupper: 4 forløb, 7x2 timer 	<ul style="list-style-type: none"> Forældrecaféer: 2 caféer á 2 timer Forældrenetværksgrupper: 3 forløb, 8x3 timer 	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata og omkostningsinterviews.

Yderligere beskrivelse af projektkommunernes erfaringer fremgår af bilag 3.

8.1.3 Lønninger

For at andre kommuner kan bruge erfaringerne bruger vi gennemsnitslønninger baseret på KRL, som beregnes ud fra en effektiv gennemsnitlig timesat på 1.418 timer pr. år jf. 2023-priser¹².

Lønomskostninger tillægges en standard overhead på 20 pct., hvilket dækker omskostninger udover selve lønnen, der er forbundet med at have medarbejdere ansat, fx personaleadministration, IT-udstyr, kontorartikler, lokaleomskostninger mv.

8.1.3.1 Medarbejdernes lønniveau

For at kunne varetage indsatsen og afholde samtaler med unge og forældre er der fokus på, at medarbejderen besidder relevante kompetencer i forhold til afholdelse af samtaler og erfaring med målgruppen frem for, at vedkommende har en bestemt uddannelse. Medarbejdernes uddannelse kan dermed være for eksempel: socialpædagog, socialrådgiver, sygeplejerske, psykolog, social- og sundhedsassistent, diætist, ergoterapeut, lærer, antropolog, AKT-lærer, kandidat i socialt arbejde, kandidat i sundhedsfremme etc.

I denne udgiftsanalyse antages samtalemedarbejderne at blive aflønnende ud fra antagelsen om, at der er ansat en psykolog og en socialrådgiver, hvilket svarer til en effektiv timesats på hhv. 433 kr. og 355 kr. Hvis kommunen har ansat mere end to medarbejdere til indsatsen, er antagelsen, at halvdelen af de inkluderede medarbejderlønninger aflønnes til den ene timesats og halvdelen af timerne til den anden.

Ledere aflønnes efter en effektiv timesats på 528 kr., jf. ledere inden for administration og it mv., KL. Projektlederen kan ligesom medarbejderne have forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, men bliver i denne analyse aflønnet efter en effektiv timesats på 502 kr., jf. løn til specialkonsulenter.

8.2 Omskostninger

I dette afsnit ser vi på, hvad projektkommunerne har haft af omskostninger ved at implementere indsatsen.

Vi opgør omskostningerne samlet og pr. ung. Omskostningerne fordeler vi på opstartsaktiviteter, kompetenceudvikling og drift af indsatsen. Da de fire kommuner har implementeret indsatsen meget forskelligt, har vi vurderet, at omskostningerne bedst evalueres ved at vise og forklare det spænd, vi ser mellem projektkommunerne.

Samlet set viser analysen, at det koster mellem 20.000 kr. og 45.000 kr. pr. deltager at tilbyde indsatsen under de forudsætninger, som har været gældende i projektet. Variationen skyldes særligt forskelle i projektkommunernes implementering for så vidt angår antal samtalemedarbejdere, behov for kompetenceudvikling, tilbud til forældre og mængden af mødeaktiviteter, herunder lederinvolvering.

Vi supplerer opgørelsen med følsomhedsanalyser, som viser, hvor meget omskostningerne påvirkes ved realistiske variationer i de bærende omskostningsdrivende elementer i indsatsen. Det kan andre kommuner bruge til at estimere, hvordan omskostningsbilledet vil være i deres kommune. Omskostningerne påvirkes særligt af antal gennemførte forløb pr. år, og hvorvidt der eksisterer et basialternativ til indsatsen.

¹² www.krl.dk

Vi har ikke data i evalueringen, som gør det muligt at vise, hvorvidt der er et rentabelt investeringspotentiale for de fire projektkommunerne.

8.2.1 Omkostninger i alt

Det samlede resultat af udgiftsanalysen for indsatsen fremgår af tabel 8.6.

Det fremgår, at de samlede estimerede omkostninger forbundet med indsatsen for det specificerede scenarie beløber sig fra ca. 1,2 mio. kr. til 2,9 mio. kr., mens de samlede omkostninger pr. ung beløber sig fra ca. 20.000 kr. til 45.000 kr.

Tabel 8.6:
Estimerede omkostninger for indsatsen (kr.)

	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
I alt	2.928.880	1.307.317	1.868.252	1.216.039
Pr. ung	46.400	20.700	29.600	19.200

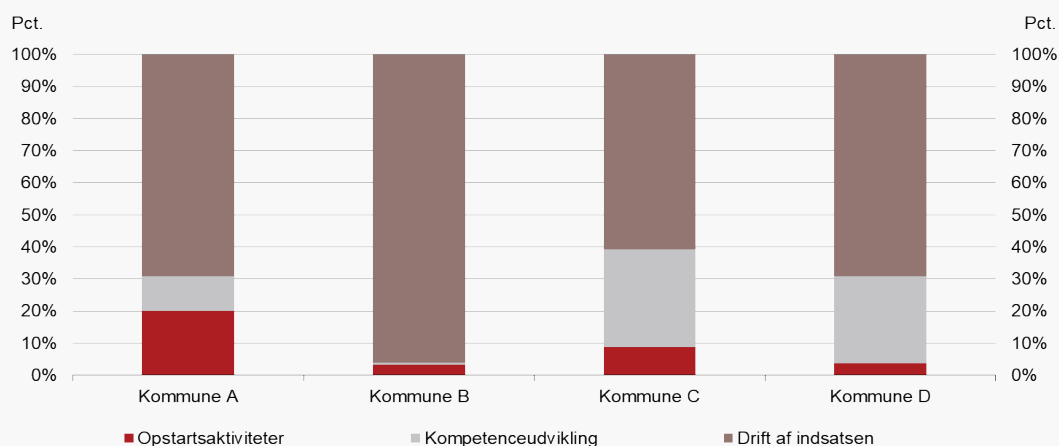
Anm.: Omkostningerne er opgjort i nutidsværdi (2024) og afrundet til hele hundrede kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata, omkostningsinterviews og Social- og Boligstyrelsens omkostningsmodel.

8.2.2 Omkostninger opdelt på omkostningskategorier

Andelen af omkostninger opdelt på omkostningskategorier varierer på tværs af projektkommunerne jf. figur 8.1. I Kommune B består omkostningerne næsten udelukkende bestående af omkostninger forbundet med drift af indsatsen. I Kommune C og D går ca. 30 pct. af omkostningerne til kompetenceudvikling, mens Kommune A bruger ca. 20 pct. af omkostningerne på opstart af indsatsen.

Figur 8.1:
Omkostninger opdelt på omkostningskategorier (pct.)



Anm.: Omkostningerne er opgjort i nutidsværdi (2024).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata, omkostningsinterviews og Social- og Boligstyrelsens omkostningsmodel.

Variationerne på tværs af kommunerne kan bl.a. begrundes med, at Kommune B i modsætning til de andre projektkommuner ikke har haft væsentlige omkostninger til opstart og kompetenceudvikling og kun har haft omkostninger til aflønning af to medarbejdere. Kommune A og C har haft flere omkostninger til medarbejdere, som er blevet aflønnet i forbindelse med opstartsaktiviteter, kompetenceudvikling og drift. Omkostningerne er også større i disse kommuner, da de i højere grad har involveret ledelsen i ugentlige møder grundet tværorganisatoriske teams.

8.3 Følsomhedsanalyse

Analysens resultater afhænger af de antagelser, som scenariet er baseret på og er behæftet med usikkerhed. Da der er variation på tværs af samarbejdskommunerne i forhold til medarbejdersammensætning, antal forløb pr. år, antal samtaler pr. forløb og fordelingen af forløbstyper, foretager vi en række følsomhedsanalyser for disse komponenter. Derudover foretager vi en følsomhedsanalyse for eventuelle sparede omkostninger for en kommune, der kunne have tilbudt en anden indsats til målgruppen, hvis de ikke var blevet tilbudt indsatsen i projektet. Følsomhedsanalyserne gennemføres for at vise, hvilket spænd omkostningerne forventes at ligge inden for. Når der justeres på én antagelse i scenariet, fastholdes de øvrige.

Følsomhedsanalyserne viser, at antal gennemførte forløb pr. år og et eksisterende basisalternativ til indsatsen har størst betydning for omkostningerne, mens medarbejdersammensætning, antal samtaler pr. forløb og forløbstype har mindre betydning. For sidstnævnte har det dog betydning, hvis der udelukkende gennemføres unge-kombiforløb i indsatsen.

8.3.1 Resultater af følsomhedsanalysen

8.3.1.1 Medarbejdersammensætning

Medarbejdere med forskellig uddannelsesmæssig baggrund og lønniveau kan varetage indsatsen. Medarbejdernes lønniveau kan derfor være højere eller lavere end i det præsenterede scenarie. Dette har betydning for omkostningerne, idet en stor andel af omkostningerne er forbundet med aflønning.

Vi undersøger, hvilken betydning det har for omkostningerne pr. deltager, hvis lønningerne i teamet i stedet tilgår en psykolog og en social- og sundhedsassistent, og lønomkostningerne dermed er lavere samt et scenarie med højere lønomkostninger, hvor lønningerne i teamet tilgår en psykolog og en akademiker. I følsomhedsberegningen neden for ses betydningen af et lavere lønniveau og et højere lønniveau.

Det ses af tabel 8.7, at omkostningerne gennemsnitligt er 1 pct. lavere eller 5 pct. højere pr. ung, hvis medarbejdersammensætningen ændres. Medarbejdersammensætningen har dermed mindre betydning for projektkommunernes omkostninger forbundet med indsatsen.

Tabel 8.7:

Følsomhedsanalyse af ændring i medarbejdernes lønniveau – omkostninger pr. ung (kr.)

	Lavere lønomkostninger	Basisberegning	Højere lønomkostninger
Kommune A	46.000	46.400	48.100
Kommune B	20.400	20.700	21.800
Kommune C	29.200	29.600	31.100
Kommune D	19.000	19.200	20.300

Anm.: Omkostningerne er opgjort i nutidsværdi (2024) og afrundet til hele hundrede kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata, omkostningsinterviews og Social- og Boligstyrelsens omkostningsmodel

8.3.1.2 Antal unge-forløb pr. år

Der er variation mellem projektkommunerne i forhold til, hvor mange forløb der gennemføres pr. år. Antagelsen om 30 forløb pr. år som angivet i scenariet har blandt andet været udfordret, idet Kommune D først har fået unge i indsatsen i projektets andet år og derfor har et lavere antal gennemførte forløb i en toårig periode.

I følsomhedsberegningen nedenfor undersøger vi, hvilken betydning det har for omkostningerne pr. ung, hvis hhv. 25 pct. færre unge og 25 pct. flere unge deltager i indsatsen pr. år.

Det ses af tabel 8.8, at omkostningerne gennemsnitligt er 24 pct. højere eller 15 pct. lavere pr. ung, hvis der gennemføres 25 pct. færre eller 25 pct. flere forløb end i scenariet. Antallet af gennemførte forløb har dermed stor betydning for projektkommunens omkostninger forbundet med indsatsen.

Tabel 8.8:

Følsomhedsanalyse af ændring i antal forløb pr. år – omkostninger pr. ung (kr.)

	25 pct. færre forløb	Basisberegning	25 pct. flere forløb
Kommune A	59.500	46.400	38.500
Kommune B	25.300	20.700	18.000
Kommune C	37.100	29.600	25.100
Kommune D	23.300	19.200	16.800

Anm.: Omkostningerne er opgjort i nutidsværdi (2024) og afrundet til hele hundrede kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata, omkostningsinterviews og Social- og Boligstyrelsens omkostningsmodel

8.3.1.3 Antal samtaler

Der kan være forskel på, hvor mange samtaler de unge har brug for, før de afsluttes. Derudover varierer antallet af samtaler fra kommune til kommune og afhængigt af, om den unge deltager i unge-forløb, unge-gruppeforløb eller unge-kombiforløb.

I følsomhedsberegningen nedenfor undersøger vi, hvilken betydning det har for omkostningerne pr. ung, hvis de unge får hhv. 25 pct. færre samtaler og 25 pct. flere samtaler end gennemsnittet i scenariet.

Det ses af tabel 8.9, at omkostningerne pr. ung gennemsnitligt stiger eller falder med 4-9 pct., hvis det gennemsnitlige antal samtaler for scenariet opjusteres eller nedjusteres med 25 pct.

Tabel 8.9:

Følsomhedsanalyse af ændring gennemsnitligt antal samtaler – omkostninger pr. ung (kr.)

	25 pct. færre samtaler	Basisberegning	25 pct. flere samtaler
Kommune A	44.600	46.400	48.100
Kommune B	19.000	20.700	22.400
Kommune C	27.800	29.600	31.300
Kommune D	17.500	19.200	21.000

Anm.: Omkostningerne er opgjort i nutidsværdi (2024) og afrundet til hele hundrede kr. Det gennemsnitlige antal samtaler er opjusteret og nedjusteret ud fra gennemsnittet i den pågældende forløbstype.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata, omkostningsinterviews og Social- og Boligstyrelsens omkostningsmodel

8.3.1.4 Forløbstype

Der er forskel på, hvor stor en andel der er hhv. i unge-forløb, unge-gruppeforløb og unge-kombiforløb i samarbejdskommunerne.

I følsomhedsberegningen nedenfor undersøger vi, hvilken betydning det har for omkostningerne pr. ung, hvis fordelingen af forløbstype ændrer sig. Vi beregner derfor omkostninger pr. ung, hvis indsatsen udelukkende består af unge-forløb, unge-gruppeforløb eller unge-kombiforløb. Antallet af gennemførte forløb er fortsat 30 pr. år som i basisberegningen.

Det ses af tabel 8.10, at omkostningerne for en indsats bestående af udelukkende unge-forløb eller udelukkende unge-gruppeforløb er næsten ens. Sammenlignet med basisberegningen er omkostningerne pr. ung 4-9 pct. lavere. Selvom omkostningerne er næsten ens for disse forløb, er det dog væsentligt, at unge-gruppeforløb bliver dyrere pr. ung i tilfælde af, at en ung melder afbud, og gruppen dermed har færre deltagere, da gruppesamtalen afholdes på faste tidspunkter uanset afbud. Derimod kan tidspunktet for individuelle samtaler ændres ved afbud, og unge-forløb bliver dermed ikke dyrere pr. ung.

Da unge i unge-kombiforløb gennemsnitligt får flere samtaler og modtager både individuelle samtaler og gruppesamtaler, er omkostningerne forbundet med en indsats udelukkende bestående af unge-kombiforløb 12-29 pct. dyrere pr. ung end basisberegningen.

Tabel 8.10:

Følsomhedsanalyse af ændring i forløbstype – omkostninger pr. ung (kr.)

	Basisberegning	Unge-forløb	Unge-gruppeforløb	Unge-kombiforløb
Kommune A	46.400	44.200	44.700	52.000
Kommune B	20.700	19.000	19.000	26.300
Kommune C	29.600	27.500	27.200	35.200
Kommune D	19.200	17.600	17.500	24.900

Anm.: Omkostningerne er opgjort i nutidsværdi (2024) og afrundet til hele hundrede kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata, omkostningsinterviews og Social- og Boligstyrelsens omkostningsmodel

8.3.1.5 Sparede omkostninger

I nogle tilfælde vil en ny indsats medføre, at eksisterende indsatser, som målgruppen modtager, bortfalder. I sådanne tilfælde bør de sparede omkostninger modregnes nettoomkostningerne.

Da dette er en forebyggende og tidlig indsats, der har fokus på opsporing af unge med mild til moderat selvskade og spiseforstyrrelse, erstatter indsatsen ikke direkte en eksisterende indsats.

Projektkommunerne har haft forskellige udgangspunkter for arbejdet med målgruppen forud for indsatsen. Både Kommune A og B har et tilbud om fem rådgivende, anonyme psykologsamtaler, men tilbuddet indeholder ikke et opsporingselement og er derfor ikke indregnet som sparede omkostninger.

Kommune B og C har forud for projektet haft en eksisterende indsats udledt af projektet 'Sammen på Sporet'. Denne indsats henvender sig til en bredere målgruppe med trivselsproblematikker, der som udgangspunkt har haft de samme tilbud som indsatsen i projektet. I tilfælde af at en kommune har en lignende indsats, kan der spares nogle omkostninger til for eksempel afholdelse af samtaler. Indsatsen har imidlertid ikke haft direkte fokus på opsporing af unge med selvskade- og spiseforstyrrelsesproblematikker, og projektkommunerne lægger vægt på, at der ikke blev opsporet lige så mange unge forud for projektet.

Ifølge omkostningsvurderingen af 'Sammen på Sporet' er driftsomkostningerne forbundet med indsatsen ca. 9.000 kr. pr. forløb (Rambøll, 2023). Hvis en andel af disse forløb erstattes af indsatsen i projektet, bør de sparede omkostninger modregnes. I følsomhedsberegningen neden for undersøger vi, hvilken betydning det har for omkostningerne, hvis hhv. 25 pct., 50 pct. eller 75 pct. antages som opsporede i et basisalternativ lig 'Sammen på Sporet'.

Det fremgår af tabel 8.11, at omkostningerne pr. ung falder med 5-12 pct. for et basisalternativ med 25 pct. opsporede, 10-24 pct. for 50 pct. opsporede og 15-37 pct. for 75 pct. opsporede. Det har dermed væsentlig betydning for projektkommunens omkostninger, hvis der eksisterer et basisalternativ til indsatsen.

Tabel 8.11:

Følsomhedsanalyse af ændring i basisalternativ – omkostninger pr. ung (kr.)

	Basisberegning	25 pct. opsporede	50 pct. opsporede	75 pct. opsporede
Kommune A	46.400	44.000	41.600	39.300
Kommune B	20.700	18.300	16.000	13.600
Kommune C	29.600	27.200	24.900	22.500
Kommune D	19.200	16.900	14.500	12.200

Anm.: Omkostningerne er opgjort i nutidsværdi (2024) og afrundet til hele hundrede kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af stam- og aktivitetsdata, omkostningsinterviews og Social- og Boligstyrelsens omkostningsmodel

9. Litteratur

- Ilsvard, S., Høstrup, M., Hummellose, K., Stougaard, L. Janken, S. J. & Pilegaard, K. S. (2019a). *Unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd – Målgruppebeskrivelse*. Aarhus: Metodecentret & DEFACTUM.
- Ilsvard, S., Møller, S.Ø., Høstrup, M. & Greve, M. (2019b). *Unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd: Indsatsmodel*. Aarhus: Metodecentret & DEFACTUM.
- Jeppesen, P., Obel, C., Lund, L., Madsen, K. B., Nielsen, L. & Nordentoft, M. (2020). *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år – forekomst, fordeling og forebyggelsesmuligheder*. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Møller, S. B. Gondan, M., Austin, S. F., Slade, M. & Simonsen, S. (2023). National norms of mental health for Denmark. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(6), s. 617–623.
- Rambøll (2022). *Modning af Modifieret ACT-indsats til borger med komplekse problemstillinger: Afsluttende evalueringsrapport*. Rambøll.
- Socialstyrelsen (2021a). *Omkostningsvurdering af sociale indsatser*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021b). *Økonomiske analyser af sociale indsatser – Socialstyrelsens retningslinjer*. Odense: Socialstyrelsen.
- Social- og Ældreministeriet (2021). *Socialpolitisk redegørelse 2020*. København: Social- og Ældreministeriet.
- Social- og Ældreministeriet (2022). *Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats (SUSI) 2.0*. København: Social- og Ældreministeriet.
- Sundhedsstyrelsen (2017). *Guide til trivselsindekset: WHO-5*. Lokaliseret 27. maj 2024 på: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Styrket-sundhedsindsats-for-socialt-udsatte-og-saarbare-grupper/Ans%C3%B8gningsmateriale/Guide-WHO-5.ashx?la=da&hash=570F8CAE8013977379E1BC24D663D8FDB186DB76> .

10. Bilag 1. Metode

I dette bilag præsenterer og diskuterer vi evalueringens kvantitative og kvalitative datagrundlag og metoder, herunder stam- og aktivitetsdata, spørgeskemadata og interviews.

10.1 Stam- og aktivitetsdata

Kommunerne i projektet har skulle registrere stam- og aktivitetsdata på unge, som har modtaget indsatsen i deres kommune. Registreringerne er foretaget lokalt i de fire projektkommuner fra maj 2022¹³ til december 2023.

Der er på tværs af de fire kommuner i alt registreret stam- og aktivitetsdata på 199 unge i indsatsen, hvor langt hovedparten (180) har afsluttet deres forløb ved dataindsamlingens afslutning.

I boks 10.1 præsenteres et overblik over, hvilke stam- og aktivitetsdata der er registreret på unge i indsatsen.

Boks 10.1:

Oversigt over de registrerede stam- og aktivitetsdata

Stamdata	Aktivitetsdata
<i>Opstartsregistreringer</i> <ul style="list-style-type: none">• ID-nummer• Navn• Telefonnummer• Fødselsår• Køn• Kontaktperson• Henvendelsesdato• Startdato• Henvendelsesårsag• Evt. uddybning af henvendelsesårsag• Hvordan er den unge blevet opmærksom på indsatsen?• Beskæftigelsesstatus• Igangværende skole/uddannelse• Seneste afsluttede skole/uddannelse• Mødehyppighed på arbejde/uddannelse	<ul style="list-style-type: none">• Har den unge deltaget i planlagte samtaler og aktiviteter i X måned?• Er den unge stadig aktiv?• Har den unge modtaget individuel og/eller gruppeforløb i X måned?• Antal individuelle samtaler med den unge• Varighed af individuelle samtaler med den unge• Hvad var temaet for de individuelle samtaler?• Antal gruppesamtaler med den unge• Er der gennemført netværk- og familierelaterede aktiviteter?• Hvilke netværks- og/eller familierelaterede aktiviteter har fundet sted?
<i>Afslutningsregistreringer</i> <ul style="list-style-type: none">• Slutdato• Årsag til at indsatsen for den unge afsluttes• Beskæftigelsesstatus• Igangværende skole/uddannelse• Seneste afsluttede skole/uddannelse• Mødehyppighed på arbejde/uddannelse	

10.2 Spørgeskema

Spørgeskemadata er indsamlet som før- og eftermålinger, der viser udviklingen i de unges trivsel, recovery, selvskade, krop og mad samt deltagelse i fritids- og foreningsaktiviteter fra opstart til afslutning af deres forløb.

¹³ Kommune B registrerede fra januar 2022

10.2.1 Udsendelse af spørgeskema

Vi har formidlet spørgeskemaerne til unge i indsatsen gennem Defgo i perioden maj 2022 til december 2023, dog med et kort databrud i maj 2023. Indledningsvist fik de unge tilsendt et link, som de kunne tilgå spørgeskemaerne igennem. Senere ændrede vi praksis til, at de unge kunne tilgå spørgeskemaerne gennem en QR-kode, som deres respektive samtalemedarbejder viste dem i forbindelse med en samtale.

10.2.2 Svarprocenter

Der er registreret 199 unge i indsatsen på tværs af de fire kommuner, hvoraf 61 pct. svarende til 121 unge har besvaret opstartsspørgeskemaet, jf. tabel 10.1. Dataindsamlingen sluttede ultimo december 2023. På dette tidspunkt var 180 unge blevet afsluttet i indsatsen, hvoraf 32 pct. svarende til 57 unge har svaret på afslutningsspørgeskemaet.

Tabel 10.1:

Antal og andele af registrerede unge der har svaret på hhv. opstarts- og afslutningsspørgeskema

	N (pct.)
Opstart	121 (61)
Afslutning	57 (32)

10.2.3 Redskaber til afdækning af resultatmål i spørgeskema

I boks 10.2 fremgår en beskrivelse af de redskaber, der er anvendt til at afdække hvert af de forventede resultatmål.

Boks 10.2:

Beskrivelse af de redskaber, der er anvendt til at afdække hvert af de forventede resultatmål.

Resultat	Redskab	Opstart	Afslutning
Trivsel	<i>WHO-5:</i> Anvendes til at tegne et billede af de unges trivsel, og måler graden af positive oplevelser via fem spørgsmål. Der udregnes en samlet trivselsscore (0-100), hvor der ved en score; mellem 0-35 kan være stor risiko for depression eller stressbelastning, mellem 36-50 kan være risiko for depression eller stressbelastning. Ved en score på over 50 er der umiddelbart ikke risiko for depression eller stressbelastning.	X	X
Recovery	<i>Brief Inspire O:</i> Anvendes til at måle personlig recovery. Redskabet måler fem elementer i recovery. Elementerne betegnes CHIME, og de dækker over, om den unge oplever at være forbundet til andre og at have håb for fremtiden, en positiv identitet samt mening i livet og kontrol over eget liv. På en skala fra 1-4 (fra 'slet ikke' til 'rigtig meget') bliver den unge bedt om at vurdere følgende fem udsagn: 1) Jeg føler mig støttet af andre mennesker 2) Jeg har håb og drømme om fremtiden 3) Jeg har det godt med mig selv 4) Jeg gør ting, som betyder noget for mig 5) Jeg føler, at jeg har kontrol over mit liv. Der udregnes et samlet pointtal mellem 0 og 100 på baggrund af den unges besvarelse af de fem spørgsmål. Jo flere points jo højere personlig recovery.	X	X
Tanker om selvskade og selvskadende adfærd	De unge er ved opstart i indsatsen blevet spurgt om, de har haft tanker om selvskade den seneste måned og om de op et givent tidspunkt i deres liv har skadet sig selv med vilje. Ved afslutning er de unge igen blevet adspurgt til tanken inden for den seneste måned og hertil om de har skadet sig selv, mens de har været i forløbet. De unge er hertil blevet bedt om, at vurdere om deres tanker om selvskade og deres selvskadende adfærd er blevet bedre eller værre.	X	X
Tanker om krop og mad	De unges tanker om krop og mad er målt ved brug af fem spørgsmål, som er udviklet af STIME og anvendes som et screeningsværktøj. Spørgsmålene er udviklet mhp. at kunne lave en individuel vurdering af den enkelte borgers udfordringsbillede i relation til mulige tidlige tegn på spiseforstyrrelse. Spørgsmålene bliver i denne evaluering brugt som en proxy for mulige problematikker relateret til spiseforstyrrelse, da det blev vurderet mest hensigtsmæssigt ikke at spørge ind i diagnostiske tegn i en tidlig forebyggende indsats. På en skala fra 1-5 (fra 'slet ikke' til 'i meget høj grad') bliver den unge bedt om at vurdere følgende fem udsagn: 1) Jeg føler at tanker om krop og mad styrer mit liv 2) Jeg er så utilfreds med min krop, at det påvirker, hvordan jeg har det 3) Det vigtigste for mig er at ændre, hvordan min krop ser ud 4) Jeg får ofte dårlig samvittighed, når jeg har spist et måltid 5) Jeg presser ofte mig selv til at træne, selvom det går ud over mit sociale liv eller fysiske helbred Der udregnes en samlet gennemsnitligt score for hver af de fem spørgsmål, hvor en score på 1 indikerer ingen belastede tanker om krop og mad, mens en score på 5 indikerer en meget høj grad af belastede tanker om krop og mad.	X	X
Deltagelse i forening og fritidsaktiviteter	De unge er ved opstart og afslutning blevet bedt om at vurdere deres deltagelse i fritids- og foreningsaktiviteter og samvær med venner på en skala fra 'slet ikke' til 'rigtig meget' de seneste to uger.	X	X

10.3 Interviews

Evalueringens kvalitative datagrundlag består af interviews med unge, forældre, samtalemedarbejdere og ledere, der gennemført i alle fire projektkommuner. Den største andel af interviewene er foretaget fysisk i lokaler stillet til rådighed af de enkelte projektkommuner, imens en mindre del

af interviewene er foretaget virtuelt over Zoom eller telefonisk. En del af interviewene er gennemført med henblik på at undersøge indsatsens implementering og resultater. Disse interviews er både gennemført undervejs i projektperioden som en del af den formative evaluering og ved afslutningen, som danner grundlag for den summative evaluering. Den anden del af interviewene er indsamlet til at afdække indsatsens omkostninger. Dette materiale benævnes omkostningsinterviews. I boks 10.3 fremgår et overblik over de gennemførte interviews.

Boks 10.3:

Overblik over gennemførte interviews

	Interviews undervejs (nov.-dec. 2022)	Afslutningsinterviews (nov.-dec. 2023)	Omkostningsinterviews (marts og okt.-nov. 2023)
Unge	<ul style="list-style-type: none"> • Seks informanter • Enkeltinterviews • Varighed: 30-60 minutter 	<ul style="list-style-type: none"> • Otte informanter • Enkeltinterviews • Varighed: 30-60 minutter 	
Forældre	<ul style="list-style-type: none"> • Syv informanter • Fem enkeltinterviews, og et parinterview • Varighed: 30-60 minutter 	<ul style="list-style-type: none"> • Syv informanter • Fem enkeltinterviews, og et parinterview • Varighed: 30-60 minutter 	
Samtalemedarbejdere	<ul style="list-style-type: none"> • 17 informanter • Fem gruppeinterviews, og et enkeltinterviews • Varighed: 60-90 minutter 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 informanter • Fire gruppeinterviews, og tre enkeltinterviews • Varighed: 30-90 minutter 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 informanter • Seks gruppeinterviews, og to enkeltinterviews • Samtalemedarbejdere, ledere og projektledere
Ledere og projektledere	<ul style="list-style-type: none"> • Seks informanter • Enkeltinterviews • Varighed: 60 minutter 	<ul style="list-style-type: none"> • Syv informanter • Seks enkeltinterviews, og et parinterview¹⁴ • Varighed: 30-60 minutter 	

Informanter i interviews

Vi repræsenterer alle fire kommuner i de gennemførte interviews. Der er dog ikke gennemført interviews med forældre i Kommune D, da kommunen ikke har arbejdet med tilbud til forældre. Alle informanter er rekrutteret med hjælp fra projektledere og samtalemedarbejdere i de enkelte projektkommuner.

Unge og forældre

Vi har i alt interviewet 13 forskellige unge i projektperioden, som har været mellem 14 og 28 år. Gennemsnitsalderen er 21 år. Én ung har både deltaget i interview ved midtvejs- og afslutningsinterviewene. Selvom registreringerne viser, at unge i indsatsen både er unge kvinder og mænd, er der kun rekrutteret unge kvinder til at deltage i interviews. Dette kan medføre bias i den kvalitative viden om de unges oplevede udbytte af indsatsen, da unge mænds oplevelse og udbytte af indsatsen kan være anderledes end unge kvinders. Derudover har en stor andel af de interviewede unge både deltaget i individuelle og gruppesamtaler, hvilket afviger fra de registrerede unge i indsatsen, hvor kombiforløb kun tegner sig for 11 pct. af de unges forløb på tværs af projektkommunerne.

Vi har i alt interviewet 12 forskellige forældre i projektperioden, herunder otte kvinder og fire mænd. To forældre har både deltaget i interviews undervejs og afslutningsinterviews.

De interviewede unge og forældre har generelt udtrykt meget positive holdninger over for indsatsen og det oplevede udbytte. Da interviews med forældre og unge ikke er repræsentative for de unge i indsatsen, anvendes disse interviews til at bibringe forklaringer på, hvorfor og hvordan

¹⁴ Én leder deltog i to interviews

indsatsens delelementer kan have forårsaget den udvikling, som ses af spørgeskemadata. Omvendt er interviewene ikke anvendelige i forhold til at forklare, hvorfor nogle unge ikke oplever positivt udbytte af indsatsen.

Medarbejdere og ledere

I forbindelse med interviewene undervejs i projektperioden og de afsluttende interviews har vi i alt interviewet 21 forskellige samtalemedarbejdere og 13 forskellige projektledere/ledere. Nogle har enten deltaget i interviews undervejs eller i de afsluttende interviews, imens andre har deltaget i begge interviewrunder. Det har været en ambition at interviewe alle samtalemedarbejdere og ledere, der har været en del af at levere indsatsen i samarbejdskommunerne. Dette er ikke fuldstændigt lykkedes, men det har kun været grundet sygdom, at udvalgte samtalemedarbejdere ikke er interviewet. Derfor antages samtalemedarbejder- og lederinterviews at være repræsentative.

I forbindelse med omkostningsinterviewene er der foretaget to runder interviews i hhv. marts og november-december 2023 med forskellige konstellationer af medarbejdere, ledere og projektledere i de fire kommuner.

Interviewguides

Evalueringens interviews er udført med semistrukturerede interviewguides, hvor vi på baggrund af temaer, bl.a. indsatsens kerneelementer, fokusområder og forventede resultater, har udpeget en række forslag til spørgsmål under hvert tema. Der er udarbejdet forskellige interviewguides til hhv. unge, forældre, medarbejdere og ledere. Interviewguidesne til unge har været til kommentering hos en samtalemedarbejder i en af samarbejdskommunerne, der har omfattende erfaring med målgruppen. Interviewguidesne er ikke fulgt stringent i interviewene, men det har været vigtigt at nå omkring alle temaer i alle interviews.

Transskribering

Alle interviews undervejs og afslutningsinterviews med unge, forældre, medarbejdere og ledere er blevet optaget og efterfølgende fuldtransskriberet. Transskriberingen er foregået ved at anvende transskriberingssoftwaren *Whisper*, hvor transskriberingen efterfølgende er redigeret og kontrolleret af medarbejdere i SBST. Omkostningsinterviewene er ikke fuldtransskriberet. Her er der i stedet taget grundige notater undervejs i interviewene.

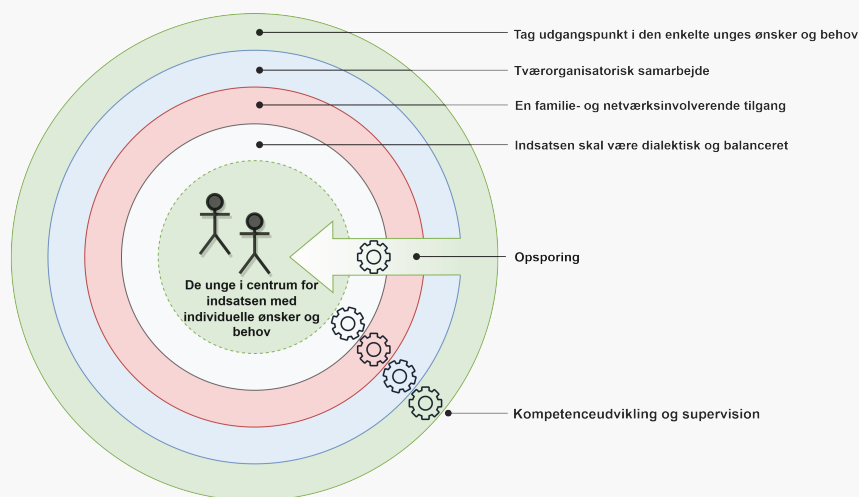
Kodning

Alle interviews er blevet kodet inden analyse. Der har været separate kodestrategier for interviews med hhv. samtalemedarbejdere og ledere og unge og forældre, idet de har været anvendt til at besvare forskellige evalueringsspørgsmål. Kodning har været foretaget i Excel, og har primært været deduktiv med udgangspunkt i de på forhånd kendte evalueringsspørgsmål, herunder kerneelementer, forventede resultater og mekanismer fra indsats teorien.

11. Bilag 2. Indsats ved opstart af initiativet

11.1 Indsatsens oprindelige seks kerneelementer

Figur 11.1:
Indsatsens oprindelige seks kerneelementer



12. Bilag 3. Ressourceforbrug

12.1 Opstartsaktiviteter

12.1.1 Kommune A

Kommune A har i opstartsperioden brugt tid på koordinering af praktiske ting, udvikling af forløb og projektindkøring. De to medarbejdere, der har varetaget gruppesamtaler i projektet, har derudover udviklet gruppeforløbene. Projektlederen har derudover brugt tid på opsporingsarbejde.

12.1.2 Kommune B

Det har for Kommune B ikke været nødvendigt med opstartsaktiviteter til etablering og udvikling af samtaleforløb, da indsatsen er etableret som en del af et bredere trivselstilbud. Lederen har brugt timer på opsporingsarbejde i form reklame for indsatsen bl.a. på skoleledermøder, hos praktiserende læger og hos regionen.

12.1.3 Kommune C

Kommune C har i opstartsperioden haft forskellige arbejdsgrupper, der har udviklet forløb for individuelle samtaler og gruppesamtaler, tilbud til familie og netværk samt materiale til henvisning og opsporing. Derudover er der blevet afholdt møder i implementeringsgruppen. Her er der blevet truffet beslutninger på tværs af arbejdsgrupperne for at understøtte forankring på tværs. Både samtalemedarbejdere, ledere og projektleder har deltaget i arbejdsgrupperne og implementeringsgruppen.

12.1.4 Kommune D

I Kommune D har projektlederen og en samtalemedarbejder brugt tid på besøg ved ca. 20 forskellige aktører, fx den boligsociale helhedsplan, almen praksis (KLU), jobcenter og ungdomsudannelser. Formålet har været afdække perspektiver, oplevelser, mangler, succeser osv. i relation til indsatsen.

12.2 Medarbejdernes kompetenceudvikling

12.2.1 Kommune A

Kommune As indsats bygger oven på en grundviden, som er opbygget i et tidligere projekt hvor der blev afholdt elleve uddannelsesdage med fokus på målgruppen. Prisen for dette uddannelsesforløb beløb sig til ca. 160.000 kr., hvilket ikke inkluderes i beregningen, da det ligger forud for projektet. Medarbejdere har dermed haft viden, som de har kunne viderebringe til de medarbejdere i indeværende projekt, som ikke har deltaget på uddannelsesdagene.

I indeværende projekt er der blevet afholdt to temadage, hvor medarbejdere, som også arbejder med målgruppen, er blevet inviteret med. Ca. 50 medarbejdere har i alt deltaget, men det er udelukkende nøglepersoner for indsatsen, der er inkluderet i beregningen i forhold til aflønning. Derudover har projektlederen deltaget på et fem dages uddannelsesforløb om supervisions- og sparringsprocesser afholdt af Dansk Psykologforening. Omkostningerne forbundet med dette uddannelsesforløb er 10.000 kr. for uddannelsen samt aflønning af projektlederen. Fire af samtalemedarbejderne har været på otte dages uddannelsesforløb med et metodisk fokus, hhv. to medarbejdere på DAT-uddannelse og to medarbejdere på uddannelse i mentaliseringsbaseret terapi. Disse uddannelsesforløb udgør en udgift på 20.000 kr. pr. medarbejder samt aflønning. Derudover har to medarbejdere været på et kursus i afholdelse af gruppesamtaler, som LMS tilbød gratis, og i beregningen er der derfor blot taget højde for aflønning af medarbejderne.

12.2.2 Kommune B

Kommune B har ikke haft medarbejdere på uddannelse eller kompetenceudvikling i regi af projektet, da en af samtalemedarbejderne har stor viden og kompetence i forhold til målgruppens problemstillinger.

Kommunen har i regi af projektet afholdt en temadag omkring selvskade og spiseforstyrrelse, hvor de inviterede samarbejdspartnere med. Det er udelukkende nøglepersoner for indsatsen, der er inkluderet i beregningen i forhold til aflønning.

12.2.3 Kommune C

Kommune C har i regi af projektet afholdt syv dage med kompetenceudvikling. På disse dage har der været fokus på hhv. responsbaseret terapi, systemisk terapi, narrativ terapi og løsningsfokuserede målsætninger for borgeren. Prisen for forløbet har samlet været ca. 160.000 kr. eksklusiv forplejning. Da opsporing er et af indsatsens kernelementer, blev der på to af dagene inviteret en bredere kreds i kommunen, bl.a. fra opsporingsnetværket, for at få et fælles fagligt fundament i forhold til at opspore målgruppen. Op til 80 medarbejdere og ledere har deltaget, men det er udelukkende nøglepersoner for indsatsen, der er inkluderet i beregningen i forhold til aflønning.

12.2.4 Kommune D

Kommune D har modtaget et endags kursus afholdt af LMS med fokus på facilitering af gode unge-forløb og unge-gruppeforløb. Kurset er blevet afholdt med henblik på at skabe et fælles metodisk afsæt, en fælles referenceramme og for at sikre fagligheden. LMS har derudover afholdt to kursusdage omhandlende opsporings- og screeningsredskaber i forhold til selvskade og spiseforstyrrelse og opsporing i folkeskolen. Deltagere fra opsporingsnetværket blev også inviteret med, og op til 47 medarbejdere har deltaget, da kommunens fokus er at opspore de unge så

tidligt som muligt. Det er udelukkende nøglepersoner for indsatsen, der er inkluderet i beregningen i forhold til aflønning. Prisen for kursusdagene er ca. 15-25.000 kr. pr. dag, og der er derfor estimeret 60.000 kr. i forbindelse med disse dage i beregningen.

Samtalemedarbejderne har deltaget i to kompetenceudviklingsdage i ACT, som har kostet 50.000 kr. eksklusiv omkostninger til medarbejdernes aflønning som ligeledes inkluderes i beregningen. For at opnå målgruppespecifik viden har de også været på kursusdage ved Region Syddanmark, men prisen for dette er ukendt og derfor ikke inkluderet i beregningen. Derudover har medarbejderne i et team arrangeret en studietur til en anden kommune, der har en særlig indsats på området. Der har udelukkende været omkostninger til aflønning i forbindelse med dette.

12.3 Medarbejdernes mødeaktivitet og supervision

12.3.1 Kommune A

I Kommune A er der én gang hver anden måned blevet afholdt møder, hvor samtalemedarbejderne mødes med fem ledere fra de forskellige afdelinger, som er involveret i projektet. Her gøres status på projektet, og derudover er der kompetenceudvikling, koordinering på organisatorisk niveau, metodisk grundlag, planlægning af temadage, budgetoverholdelse mm. på dagsordenen. Disse møder er særligt relevante, da indsatsen driftes tværorganisatorisk. Samtalemedarbejderne har desuden løbende sparring med lederne, hvilket ikke er en del af beregningen.

Samtalemedarbejderne har derudover ugentligt afholdt møder omkring visitation og sagsdrøftelse, hvor de har fordelt arbejdet. Tilsvarende har projektlederen og de tre daglige ledere afholdt ugentlige møder om koordinering og visitation. Kommune A fremhæver, at dette er særligt relevant det første halvandet år, da indsatsen driftes tværorganisatorisk. Mødet udgår, da indsatsen overgår til drift.

Halvårligt afholdes følgegruppemøder, hvor hhv. lederen fra familiesektionen, chefen fra voksenområdet, ledere fra bosteder, ledere fra PPR-området, ledere fra sundhedsplejen m.fl. deltager for at høre, hvad der sker inden for området i forhold til selvskade og spiseforstyrrelse, og hvordan de kan være opmærksomme på det i deres daglige arbejde. Kommune A fremhæver, at dette er en god måde at skabe forandring på ud i den større organisation. Det er udelukkende nøglepersoner for indsatsen, der er inkluderet i beregningen.

Samtalemedarbejderne i Kommune A har i projektperioden modtaget supervision seks gange á to timer. Prisen for dette er 40.000 kr. Derudover har der været omkostninger til aflønning.

12.3.2 Kommune B

Kommune B har ugentligt afholdt sparringsmøder på tværs af organisationens tilbud. Det er udelukkende nøglepersoner for indsatsen, der er inkluderet i beregningen. De har derudover holdt sparringsmøder i regi af projektet, som blev afholdt ugentligt i indsatsens første år og hver anden uge det sidste år.

Lederen har ca. brugt fem timer månedligt på at vedligeholde og understøtte opsporingskanaler i kommunen. Der er fx blevet afholdt netværksmøder, hvor samarbejdspartnere i kommunen har mødtes. Derudover har Kommune B haft en teknisk projektleder, der har været aktiv i indsatsen efter behov for at supplere lederen, ca. 37 timer årligt.

De to samtalemedarbejdere har modtaget supervision ti gange årligt á to timer. Prisen for dette er 2000 kr. pr. time samt aflønning til medarbejderne.

12.3.3 Kommune C

I Kommune C har der hver anden uge været afholdt fælles faglig sparring. Det har som udgangspunkt været et tilbud til alle samtalemedarbejdere, og i projektets første år har ca. 70 pct. deltaget, mens 50 pct. har deltaget i projektets andet år.

Derudover har der hver anden uge været afholdt henvisningsforum, hvor projektlederen, to faglige ledere og to samtalemedarbejdere mødes for at fordele arbejdet.

Fire gange i projektperioden er der blevet afholdt møder i opsporingsnetværket. Her har projektlederen og en faglig leder til hvert møde brugt et par timer til forberedelse. Der har deltaget 15-40 personer på hvert møde, men det er udelukkende nøglepersoner for indsatsen, der er inkluderet i beregningen.

Samtalemedarbejderne i Kommune C har i projektperioden modtaget supervision tre gange á tre timer. Prisen for dette er 25.000 kr. Derudover har der været omkostninger til aflønning.

12.3.4 Kommune D

Fire gange årligt er der i Kommune D blevet afholdt lokale arbejdsdage med faglig sparring. Alt efter dagens tema er der blevet inviteret bredt ud i kommunen med ca. 15 deltagere pr. gang. Deltagerne har bestået af en bred vifte af aktører fra kommunen, som er i berøring med de unge. Projektlederen har brugt ca. seks timer på forberedelse pr. gang. Det er udelukkende nøglepersoner for indsatsen, der er inkluderet i beregningen. Derudover har projektlederen brugt tid på at etablere og vedligeholde samarbejdsrelationer, men tiden brugt på dette er vanskelig at kvantificere og derfor ikke inkluderet i beregningen.

Hver anden måned har samtalemedarbejderne i ét team og projektlederen afholdt teammøder, mens projektlederen og en af samtalemedarbejderne derudover har afholdt teammøde hver anden uge. Derudover kan eventuelle mødeaktiviteter med andre aktører i projektet ikke kvantificeres og er derfor ikke medtaget i beregningen.

I Kommune D er der fokus på, at opsporing foregår mange steder i kommunen. De ressourcer, der bruges på at opspore og identificere målgruppen, kan dog ikke kvantificeres og er derfor ikke en del af beregningen.

I Kommune D har samtalemedarbejderne ikke modtaget supervision i projektperioden.

12.4 Tilbud til forældre

12.4.1 Kommune A

I Kommune A har der været tilbud til forældre i form af forældresamtaler bestående af råd og vejledning. To samtalemedarbejdere har varetaget samtalerne. Der er registreret 21 gennemførte forældreforløb, og de har gennemsnitligt modtaget 2,3 samtaler af én times varighed. Forældre behøver ikke være forældre til en ung, der deltager i indsatsen, for at modtage samtaler.

12.4.2 Kommune B

Kommune B har tilbudt forældresamtaler, og i alt 23 forældre har deltaget i et forløb, hvor de gennemsnitligt har modtaget otte samtaler. Samtalerne afholdes af én medarbejder, som bruger 20 minutter på forberedelse og efterarbejde pr. samtale.

Der har været et tilbud om forældregrupper to gange årligt med ca. otte deltagere pr. gang. To samtalemedarbejdere har faciliteret gruppen, som mødes syv gange hver anden uge i to timer.

Medarbejderne har brugt to timer på forberedelse pr. gang. Forældre behøver ikke være forældre til en ung, der deltager i indsatsen, for at deltage i forældresamtaler eller forældregrupper.

12.4.3 Kommune C

I Kommune C er der blevet afholdt to forældrecaféer af to timers varighed for forældre til 12-14 årige unge, som har deltaget i gruppeforløb. To samtalemedarbejdere har stået for caféerne.

Der er blevet afholdt tre forældrenetværksgrupper, hvor forældre mødes otte gange i to timer. To samtalemedarbejdere har varetaget netværksgrupperne. Forældre behøver ikke være forældre til en ung, der deltager i indsatsen, for at deltage i netværksgruppen.

12.4.4 Kommune D

I Kommune D har der ikke været tilbud til forældre i projektperioden ud over familiesamtaler, hvor forældre har kunne deltage i den unges samtaler efter behov.



Social- og Boligstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.sbst.dk