

Til  
**Servicestyrelsen**

Dokumenttype  
**Rapport**

Dato  
**December 2011**

# EVALUERING AF PULJE TIL PSYKOLOGHJÆLP AFSLUTTENDE EVALUE- RING



# EVALUERING AF PULJE TIL PSYKOLOGHJÆLP

## AFSLUTTENDE EVALUERING

### INDHOLD

<b>1.</b>	<b>Indledning</b>	<b>1</b>
1.1	Evalueringens formål	2
1.2	Evalueringsmetode	2
1.3	Rapportens indhold	2
<b>2.</b>	<b>Konklusion</b>	<b>3</b>
2.1	Overordnet konklusion	3
2.2	Konklusioner vedr. kommune-rettede projekter	4
2.3	Konklusioner vedr. projekter på ungdomsuddannelser	5
<b>3.</b>	<b>Baggrund for pulje til psykologhjælp</b>	<b>7</b>
3.1	Baggrund for psykologhjælp i kommunerne og på ungdomsuddannelserne	7
3.2	Udgangspunktet og udviklingen frem mod i dag	7
3.3	Behov for alternative kommunale behandlingstilbud til børn med psykiske vanskeligheder – de kommune-rettede projekter	21
<b>4.</b>	<b>Puljens udmøntning</b>	<b>24</b>
4.1	Hvilke typer tilbud fik midler?	24
4.2	Projekternes organisering	25
4.3	Opsporing og henvisning af børn i de kommune-rettede projekter	27
4.4	Samarbejdet med andre aktører	30
4.5	Målgruppe	32
4.6	Hvilken type behandling fik de?	36
4.7	Projekternes videreførelse	40
<b>5.</b>	<b>Puljens effekter</b>	<b>43</b>
5.1	Hvordan måles effekten?	43
5.2	Om datagrundlaget	46
5.3	Fik børn og unge det bedre som følge af behandlingen?	48
5.4	Fortsat psykologisk eller psykiatrisk behandling?	58
5.5	Gennemførelse af ungdomsuddannelse?	64
5.6	Var det godt nok? Samlet vurdering af effekter	66

### BILAG

#### Bilag 1: Om projekterne i pulje til psykologhjælp

#### Bilag 2: Om evalueringsmetoden

## 1. INDLEDNING

I forbindelse med satspuljeforhandlingerne for 2007 blev der afsat 133,2 mio. kr. over fire år for at skabe øgede muligheder for at tilbyde psykologbehandling i kommunerne. En del af midlerne blev i maj 2007 udmeldt som en ansøgningspulje, hvorfra kommuner og uddannelsesinstitutioner kunne søge om tilskud til at udvikle og etablere tilbud om psykologhjælp til børn og unge med begyndende eller lettere psykiske vanskeligheder. Der er givet tilskud til kommune-rettede projekter, som er psykologiske behandlingstilbud til børn og unge, der ikke er i behandling inden for børne- og ungdomspsykiatrien, og projekter på ungdomsuddannelser, der er forebyggende psykologiske behandlingstilbud på ungdomsuddannelserne. En del af formålet med disse projekter er at mindske antallet af børn og unge, som henvises til psykiatrien, samt at forebygge frafald fra ungdomsuddannelserne.

For at afdække erfaringerne med forsøgspuljen har Servicestyrelsen iværksat en effekt- og virkningsevaluering, som gennemføres af Rambøll Management Consulting i samarbejde med Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland (CFK). Evalueringen har til hensigt at dokumentere, hvorvidt og hvordan puljen og de enkelte projekter opnår positive forandringer for børn og unge. Evalueringen omfatter en løbende monitorering og erfaringsopsamling blandt projekterne i puljen.

Undervejs i projektet er der udarbejdet tre delrapporter:

- I **delrapport 1** beskrives et statusbillede af situationen i kommunerne, ungdomsuddannelserne og i psykiatrien. Rapporten er fra 2008 og beskriver situationen før projekternes gennemførelse.
- I **delrapport 2** beskrives udviklingen i de tilbud, som modtager midler. Det være sig, hvilken type unge tilbuddene retter sig mod, de anvendte metoder, tilbuddenes organisatoriske rammer etc. Delrapport 2 indeholder desuden en mere grundig præsentation af målgruppen, og hvad der karakteriserer de børn og unge, som har behov for psykologhjælp på grund af psykiske vanskeligheder. Rapporterne er opdelt i en version for kommune-rettede projekter (pulje A) og en version for projekter på ungdomsuddannelser (pulje B).
- I **delrapport 3** belyses projekternes erfaringer med opsporing af børn og unge med begyndende eller lettere psykiske problemer. Rapporten er baseret på erfaringsopsamling blandt projekterne og giver et indblik i tiltag og aktiviteter i forhold til opsporing, der kan medvirke til at inspirere andre projekter og den fremtidige indsats for at sikre opsporing af psykiske problemer hos børn og unge. Rapporten vedrører udelukkende projekterne de kommune-rettede projekter.

Denne rapport er den afsluttende afrapportering på projektet. Rapporten præsenterer hovedresultaterne af indsatsen og de overordnede konklusioner og er baseret på resultater fra de tre delrapporter, den løbende monitorering, effektanalyse og afsluttende casestudier blandt udvalgte projekter.

### 1.1 Evalueringens formål

Grundelementet i evalueringen er at foretage en *effektevaluering*, som afdækker, om der er hold i antagelsen om, at en tidlig psykologbistand til børn og unge kan medvirke til at sikre større psykisk trivsel og dermed mindske behovet for psykiatrisk udredning og behandling.

Udover at kortlægge og forklare hvilken betydning de oprettede tilbud har haft for brugernes psykiske trivsel, skal evalueringen ligeledes afdække, om tildelingen af psykologbistand reelt medfører en aflastning af det psykiatriske system, eller om der snarere bliver tale om et parallelt tilbud, som ikke har indflydelse på, hvor mange børn og unge der henvises til psykiatrisk udredning. Endvidere skal evalueringen afdække, om indsatsen har en effekt i forhold til at mindske risikoen for frafald på ungdomsuddannelser og dermed understøtte målsætningen om, at 95 pct. af alle unge skal have en ungdomsuddannelse.

### 1.2 Evalueringsmetode

Evalueringen er gennemført som en effektevaluering med et kontrolgruppedesign. Projekternes deltagere har vurderes deres situation inden, efter og et halvt år efter behandlingen ved at udfylde spørgeskemaer, der er forskningsmæssigt valideret. Metoden er velegnet til at vurdere den reelle effekt af indsatser (nettoeffekten), da der kan tages højde for, at andre forhold kunne have influeret på målgruppens udvikling.

Evalueringen er baseret på følgende datakilder:

- Løbende individbaseret opfølgning på alle modtagere af psykologhjælp – før behandling, efter behandling og et halvt år efter behandlingens ophør
- Besvarelser fra en kontrolgruppe, der er udtrukket tilfældigt fra en database over personer, der har henvendt sig til psykiatrien
- En registeranalyse baseret på indsamlede CPR-numre for indsatsgruppen og kontrolgruppen
- 3 interessantsspørgeskemaundersøgelser, hvor projekternes primære samarbejdspartnere og interessenter har vurderet projekterne
- Halvårlige statusindberetninger for alle projekter
- Telefoninterviews med alle projekter – gennemført 3 gange i projektforløbet
- 9 casestudier i udvalgte projekter
- Analyse af projekternes egen dokumentation
- En sammenfatning af resultaterne fra delrapport 1, 2 og 3.

Evalueringsmetoden er nærmere beskrevet i bilag 2.

### 1.3 Rapportens indhold

Rapporten er bygget op på følgende måde:

- I kapitel 2 gennemgås de overordnede konklusioner for evalueringen af puljen. Der sættes særligt fokus på effektvurderingen af puljen
- I kapitel 3 gennemgås baggrunden for puljen, herunder behovet for en styrket psykologfaglig indsats i kommunerne og ungdomsuddannelserne
- I kapitel 4 gennemgås puljens udmøntning. Her gennemgås projekternes organisering, målgrupper og samarbejde med andre aktører
- I kapitel 5 vurderes effekterne af puljen. Der ses dels på de kortsigtede effekter i form af øget trivsel og færre psykiske problemer for deltagerne, og dels på de langsigtede effekter i forhold til færre henvisninger til psykiatrien og højere gennemførelse af ungdomsuddannelserne
- I bilag 1 gives en kort beskrivelse af de enkelte projekter under puljen
- I bilag 2 gennemgås evalueringsmetoden nærmere.

## 2. KONKLUSION

I dette kapitel konkluderes der overordnet på evalueringen af puljen til psykologhjælp. Kapitlet indledes med en række overordnede konklusioner, der vedrører hele puljen, hvorefter specifikke konklusioner for henholdsvis kommune-rettede projekter og projekter på ungdomsuddannelser gennemgås.

### 2.1 Overordnet konklusion

Evalueringen dokumenterer, at der var et konkret behov for at løfte indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Dette dokumenteres bl.a. gennem følgende:

- Evalueringen viser, at mange kommuner vurderede, at der manglede relevante tilbud til målgruppen af børn og unge med begyndende psykiske vanskeligheder ved projektets opstart.
- Samlet set peger en undersøgelse blandt PPR fra 2008 således på, at der mangler relevante tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder.
- Et tilsvarende billede findes blandt ungdomsuddannelser i 2008, der ligeledes angav, at der var behov for yderligere tilbud til elever med psykiske vanskeligheder. En række undersøgelser af frafald har dokumenteret, at den største frafaldsårsag på ungdomsuddannelserne er personlige årsager.
- Samtidigt har børne- og ungdomspsykiatrien oplevet en væsentlig stigning i antallet af henvisninger. Fra 2004 til 2006 er der således sket en stigning på 47 pct. i antallet af børn og unge, der blev henvist til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, og udviklingen er steget yderligere frem til 2010.

Evalueringen peger på, at projekterne har gennemført de aktiviteter, der fremgår af deres ansøgninger til puljen, og har gennemført psykologbehandling og støtte til den ønskede målgruppe. Projekterne har varieret i forhold til organisatorisk tilknytning, faglig tilgang til arbejdet og præcise metoder. Samlet set vurderes det dog, at projekternes indsats indeholder en stor fællesmængde i tilgang og faglighed og har rimeligt sammenlignelige målgrupper (inden for de to indsatsområder).

Evalueringen peger på, at puljen til psykologhjælp har forbedret situationen for børn og unge med begyndende psykiske vanskeligheder. Dette er gældende for både kommune-rettede projekter og projekter på ungdomsuddannelser. For begge målgrupper gælder det, at indsatsen har forbedret trivslen for omkring 2/3 af de børn og unge, der har deltaget i indsatsen.

Projekternes fokus på at styrke en tidlig indsats har klare, dokumenterede effekter i forhold til børns og unges trivsel. For at styrke dokumentationen yderligere er indsatsgruppens resultater sammenlignet med børn og unge i andre kommuner og på andre ungdomsuddannelser, der ikke har modtaget indsatsen.

Ved at matche hvert enkelt barn og ung i indsatsgruppen med personer, der minder om dem i en udvalgt kontrolgruppe, er nettoeffekten<sup>1</sup> af indsatsen analyseret og vurderet. Effektanalysen peger på, at indsatsen har en signifikant nettoeffekt for de børn og unge, som har modtaget psykologhjælp fra puljen. Dog peger analysen på, at der er tale om en væsentligt større nettoeffekt for unge over 13 år, mens mindre børn kun oplever en begrænset nettoeffekt.

Det ene langsigtede mål med indsatsen var at reducere behovet for psykiatrisk behandling. Her viser analysen, at fem ud af syv kommuner, der har kommune-rettede projekter, har oplevet et større fald i antallet af sengedage i ungdomspsykiatrien og en lavere stigning i antallet af patienter i ungdomspsykiatrien end landsgennemsnittet fra 2007 til 2009. Samtidigt viser den gennem-

---

<sup>1</sup> Nettoeffekten er den reelle forskel, som indsatsen har skabt i forhold til det, der ellers ville være sket.

førte registeranalyse, at kontrolgruppens brug af psykologer og privatpraktiserende psykiatere i 2009 var tre gange højere end for indsatsgruppen. Kontrolgruppen har således gjort meget mere brug af egen læge, speciallæge og lægeordineret psykologhjælp end dem, der har modtaget støtte fra pulje til psykologhjælp. Det indikerer, at indsatsen kan have medvirket til at reducere omfanget og længden af indlæggelser af børn og unge med psykiatriske diagnoser.

Det andet langsigtede mål med indsatsen var at reducere frafaldet på ungdomsuddannelser, der skyldes psykiske vanskeligheder. Her peger den gennemførte registeranalyse på, at 43 pct. af indsatsgruppen var uden igangværende uddannelse primo 2011, mens det tilsvarende tal for kontrolgruppen var 67 pct.. Meget tyder derfor på, at modtagere af psykologhjælp har et væsentligt lavere frafald end sammenlignelige unge uden for indsatsen. Projekternes egne opgørelser peger på, at deltagerne i projekterne har haft et frafald på ungdomsuddannelserne mellem 10-20 pct., hvilket er væsentligt lavere, end hvad der kunne forventes for den gruppe af frafaldsruede elever, der har modtaget psykologbehandling. Det generelle frafald på erhvervsuddannelserne er 33 pct. (Danmarks Statistik, 2010).

Det har ikke været muligt at gennemføre en valid statistisk analyse af forskelle mellem forskellige projekters resultater. Det skyldes, at det har været vanskeligt for projekterne at sikre en høj svarprocent blandt deltagerne. Der er således ikke tale om et komplet datasæt, hvor alle deltagere er registreret før, efter og et halvt år efter indsatsens ophør. Data vurderes dog at være dækkende til at beskrive den samlede effekt i forhold til de gennemførte indsatser. Denne vurdering baseres bl.a. på, at datasættet indeholder validerede før- og efterbesvarelser for 245 børn og unge i de kommune-rettede projekter og 281 før- og efterbesvarelser i projekter på ungdomsuddannelserne. Frafaldsanalyser peger ligeledes på, at der kun er mindre systematiske forskelle i, hvem der ikke har fået udfyldt eftermålingerne.

Den kvalitative dataindsamling peger på, at børn og unge hjælpes bedst, når psykologerne kan komme hele vejen rundt om barnet og den unge, dvs. behandle, rådgive forældre, vejlede lærere og andre professionelle.

Et centralt fund omkring projekternes målgruppe er, at der er en stor overvægt af piger og kvinder, der har modtaget behandling. Dette er særligt gældende for projekterne på ungdomsuddannelser, hvor 83 pct. af målgruppen er piger og kvinder. Evalueringen peger således på, at projekterne primært har været gode til at opspore og målrette deres behandlingstilbud til piger og kvinder, mens det har været vanskeligt at tiltrække drenge/mænd.

## 2.2 Konklusioner vedr. kommune-rettede projekter

De kommune-rettede projekter har samlet set gennemført behandling og/eller udredning for 1.629 børn og unge, hvoraf 1.211 har afsluttet et forløb.

Evalueringen dokumenterer, at børn og unge opnår en øget trivsel efter at have modtaget psykologhjælp. Konkret peger evalueringen på, at:

- 67 pct. af børnene under 13 år har opnået en øget trivsel, og gruppen af børn bevæger sig fra at befinde sig i grænseområdet til at befinde sig i normalområdet i forhold til trivsel<sup>2</sup>. Herudover peger evalueringen på, at forbedringerne i trivsel ser ud til at være øget yderligere et halvt år efter indsatsens ophør.
- 70 pct. af unge over 13 år har oplevet en øget trivsel og bevæger sig væsentligt tættere på gennemsnittet for normalbefolkningen.<sup>3</sup> Herudover viser evalueringen, at forbedringerne i trivsel ser ud til at være bevaret et halvt år efter indsatsens ophør.

Samlet set peger evalueringen derfor på, at en stor del af deltagerne oplever en række umiddelbart positive effekter af indsatsen. Sammenlignes effekterne med kontrolgruppen, så peger analysen på positive nettoeffekter for både børn under 13 år og unge over 13 år.

<sup>2</sup> Børnenes trivsel er vurderet på baggrund af The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

<sup>3</sup> De unges trivsel er vurderet på baggrund af Psychological General Well-being Index (PGWBI).

Data tyder på, at der er tale om en mere begrænset nettoeffekt for de mindre børn, der i gennemsnit rykker sig lidt over 1 point mere end kontrolgruppen på SDQ-skalaen, der går fra 0-40. Analysen viser, at børn i kontrolgruppen ligeledes har oplevet forbedringer i perioden, og at det således kun er omkring halvdelen af indsatsgruppens effekt, der direkte kan tilskrives indsatsen.

For gruppen af unge over 13 år peger resultaterne på en væsentligt større nettoeffekt. Det skyldes særligt, at kontrolgruppen ikke oplever nogen væsentlig fremgang i trivsel fra før- til eftermålingen, og derfor kan en stor del af forbedringen i trivsel tilskrives den gennemførte indsats.

Det overordnede mål med de kommune-rettede projekter var at reducere ventelisterne til børne-psykiatrien ved at reducere psykiske vanskeligheder tidligt og derved mindske behovet for psykiatrisk behandling senere. Da der er tale om mere langsigtede mål, har det været vanskeligere præcist at opgøre effekterne i forhold til denne målsætning. En række forhold indikere dog, at projekterne har opnået resultater i forhold til denne ambition:

- I fem ud af syv projektkommuner er der sket et større fald i antal sengedage i børne- og ungdomspsykiatrien og en mindre stigning i antallet af patienter, sammenlignet med landsgennemsnittet.
- Selvom de anvendte redskaber ikke direkte er diagnostiske, så indikere en forbedret trivsel også et lavere behov for efterfølgende psykiatrisk støtte.
- Projekter og samarbejdspartnere angiver, at man vurderer, at indsatsen har haft en betydning i forhold til at reducere behovet for efterfølgende psykiatrisk behandling.
- Den gennemførte registeranalyse viser, at kontrolgruppens brug af psykologer og privatpraktiserende psykiatere i 2009 var tre gange højere end for indsatsgruppen. Kontrolgruppen har således gjort meget mere brug af egen læge, speciallæge og lægeordineret psykologhjælp end dem, der har modtaget støtte fra pulje til psykologhjælp.

Baseret på disse tre uafhængige datakilder vurderer Rambøll, at projekterne har haft en effekt i forhold til at reducere behovet for psykiatrisk behandling for børn og unge, selvom det ikke er muligt at give en præcis indikation af, hvor stor denne reduktion er.

I forhold til projekternes implementering og organisering peger evalueringen på, at det har haft særlig betydning for projekternes målgruppe og deres samarbejdsmuligheder, hvor de er forankret. Eksempelvis har projekter placeret tæt på social service særligt taget sig af sager, hvor børnene har øvrige sociale problematikker ud over psykiske vanskeligheder. Projekter, der er forankret i PPR, har derimod oftest været inddraget i sager, hvor henvisningen er baseret på skolemæssige problematikker.

For målgruppen, som projekterne arbejder med, betyder ovenstående, at det er vanskeligt at dække *helt* bredt, da projekterne er afhængige af henvisninger fra samarbejdspartnere og derved naturligt vil dække den målgruppe, som deres tætteste samarbejdspartnere repræsenterer.

Selvom indsatsen ikke er lovpligtig for kommunerne, så har flere af projektkommunerne valgt at videreføre indsatsen. Således har både Aalborg og Aarhus kommuner valgt at videreføre erfaringerne med arbejdet efter projektperiodens afslutning.

### 2.3 Konklusioner vedr. projekter på ungdomsuddannelser

Evalueringen dokumenterer, at unge på ungdomsuddannelserne opnår en øget trivsel efter at have modtaget psykologhjælp. Konkret peger evalueringen på, at:

- 77 pct. af de unge har oplevet en øget trivsel. Den gennemsnitlige trivsel er således væsentligt tættere på normalbefolkningen efter psykologhjælpforløbet.<sup>4</sup>
- Der opleves forbedringer i forhold til angst/bekymring, depression, mentalt velbefindende, selvkontrol, generel sundhedsopfattelse og energi/vitalitet.

<sup>4</sup> De unges trivsel er vurderet på baggrund af Psychological General Well-being Index (PGWBI).

Samlet set peger evalueringen derfor på, at en stor del af deltagerne oplever en række umiddelbart positive effekter af indsatsen. Sammenlignes effekterne med kontrolgruppen, så peger analysen på væsentlige positive nettoeffekter.

Den relativt store nettoeffekt hænger sammen med, at kontrolgruppen ikke oplever nogen væsentlig fremgang i trivsel fra før- til eftermålingen, og derfor kan en stor del af forbedringen i trivsel tilskrives den gennemførte indsats.

Det overordnede mål med projekterne på ungdomsuddannelser var at reducere frafaldet fra ungdomsuddannelser, der skyldes psykiske vanskeligheder, ved at tilbyde psykologhjælp, inden frafaldstruede unge droppede uddannelsen. Her peger den gennemførte registeranalyse på, at 43 pct. af indsatsgruppen var uden igangværende uddannelse primo 2011, mens det tilsvarende tal for kontrolgruppen var 67 pct. Meget tyder derfor på, at modtagere af psykologhjælp har et væsentligt lavere frafald end sammenlignelige unge uden for indsatsen.

Opgørelser fra projekterne viser, at frafaldet blandt elever, der har modtaget psykologhjælp, er relativt lavt. Ikke alle projekter har foretaget komplette opgørelser af frafaldet, men deres opgørelser peger på et frafald mellem 10-20 pct. for målgruppen, hvilket generelt må betragtes som et godt niveau, da målgruppen var frafaldstruede unge. Frafaldsniveauet skal ligeledes sammenholdes med det generelle frafald i 2010 på erhvervsuddannelser (33 pct.). Meget indikerer altså, at indsatsen har haft en konkret betydning i forhold til at reducere frafaldet på ungdomsuddannelserne.

Siden projektets opstart i 2007 er der sket en udvikling, idet flere ungdomsuddannelser af egen drift tilbyder psykologrådgivning. Meget tyder derfor på, at indsatsen også vil fortsætte i fremtiden.



## 3. BAGGRUND FOR PULJE TIL PSYKOLOGHJÆLP

### 3.1 Baggrund for psykologhjælp i kommunerne og på ungdomsuddannelserne

Det børne- og ungdomspsykiatriske område har gennem en årrække været kendetegnet ved en stigning i antallet af henvisninger til den specialiserede børne- og ungdomspsykiatri såvel som en stigning i antallet af psykologfaglige udredninger i PPR<sup>5</sup>. Stigningen i antallet af henvisninger blev blandt andet konstateret i rapporten "Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse" (2001), hvilket fik arbejdsgruppen bag rapporten til at anbefale en udvidelse af kapaciteten<sup>6</sup>. Trods en udbygning af kapaciteten konstaterede en opfølgingsgruppe under Sundhedsstyrelsen i 2006, at stigningen i henvisningerne i 2005 overgik udbygningen, hvilket resulterede i stigende ventelister<sup>7</sup>. I 2005 skete der således en stigning i henvisningerne på hele 15 pct., svarende til 1.300 patienter i forhold til året før.

Det er imidlertid ikke alle de børn og unge, der i dag henvises til Børne- og ungdomspsykiatrien, som reelt har behov for en specialiseret psykiatrisk udredning eller specialiserede tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er således muligt, at det stadigt stigende pres på det børne- og ungdomspsykiatriske system vil kunne mindskes, hvis udrednings- og behandlingstilbuddene i primærsektoren udbygges. En tidlig afklaring og indsats over for børn og unges begyndende psykiske problemer vil muligvis kunne forebygge, at problemerne udvikler sig til psykiske problemer af mere alvorlig karakter og dermed også, at der bliver behov for en egentlig psykiatrisk udredning.

Dette er en del af baggrunden for, at det i forbindelse med Psykiatriaftalen for årene 2007-2010 blev besluttet at afsætte 133,2 mio. kr. over fire år til psykologbehandling i kommuner og på ungdomsuddannelserne. Tanken bag tildelingen af disse midler var, at psykologbehandling i nogle tilfælde vil være tilstrækkeligt til at tage hånd om de begyndende psykiske problemer blandt børn og unge, og at man således derigennem kan forebygge, at problemerne udvikler sig til deciderede psykiske lidelser, som kræver psykiatrisk udredning og behandling.

Der tildeltes midler fra puljen til to typer af indsatser:

1. Kommune-rettede projekter: Udvikling og etablering af psykologiske behandlingstilbud til børn og unge, der ikke er i behandling inden for børne- og ungdomspsykiatrien, men som vurderes at kunne have behov for psykologisk udredning og behandling. Målgruppen for disse tilbud er børn og unge, der har begyndende psykiske problemer, og hvor det vurderes, at en forebyggende psykologhjælp kan afhjælpe, at problemerne udvikler sig til en psykisk lidelse. Derudover indbefatter det børn og unge med lettere psykiske lidelser, som fx lettere depressioner, lettere spisevægring, adfærdsproblemer og fobier. Målgruppen kan indbefatte børn og unge, som er blevet afvist fra børne- og ungdomspsykiatrien, børn og unge, der står på venteliste, eller børn og unge, som har afsluttet behandling og har behov for efterfølgende psykologbehandling.
2. Projekter på ungdomsuddannelser: Udvikling og etablering af forebyggende psykologiske behandlingstilbud på ungdomsuddannelserne, som kan medvirke til at forebygge frafald fra uddannelserne samt forværring af de unges psykiske problemer. Målgruppen for disse tilbud er elever på ungdomsuddannelserne, der har begyndende eller lettere psykiske og eksistentielle problemer. Problemerne kan komme til syne ved eksempelvis lavt selvværd, svingende humør, problemer med det modsatte køn, ensomhed, offerrolle ved mobning og aggressiv adfærd.

### 3.2 Udgangspunktet og udviklingen frem mod i dag

I dette afsnit redegøres for udgangspunktet for etableringen af en pulje til psykologhjælp. En del af oplysningerne vedrører således årene omkring begyndelsen af projektet (2007-2008), men vi

<sup>5</sup> Stigningen i antallet af psykologfaglige udredninger fremgår af "Henvisningsprojektet om Børne- og ungdomspsykiatrien", Rambøll Management og Center for Kvalitetsudvikling (2008).

<sup>6</sup> "Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse", Sundhedsstyrelsen (2001).

<sup>7</sup> "Udviklingen i den Børne- og Ungdomspsykiatriske virksomhed", Sundhedsstyrelsen (2006).

ser ligeledes på udviklingen frem mod i dag. Afsnittet fokuserer dels på udviklingen i kommunerne og ungdomsuddannelser, og dels på udviklingen i børne- og ungdomspsykiatrien.

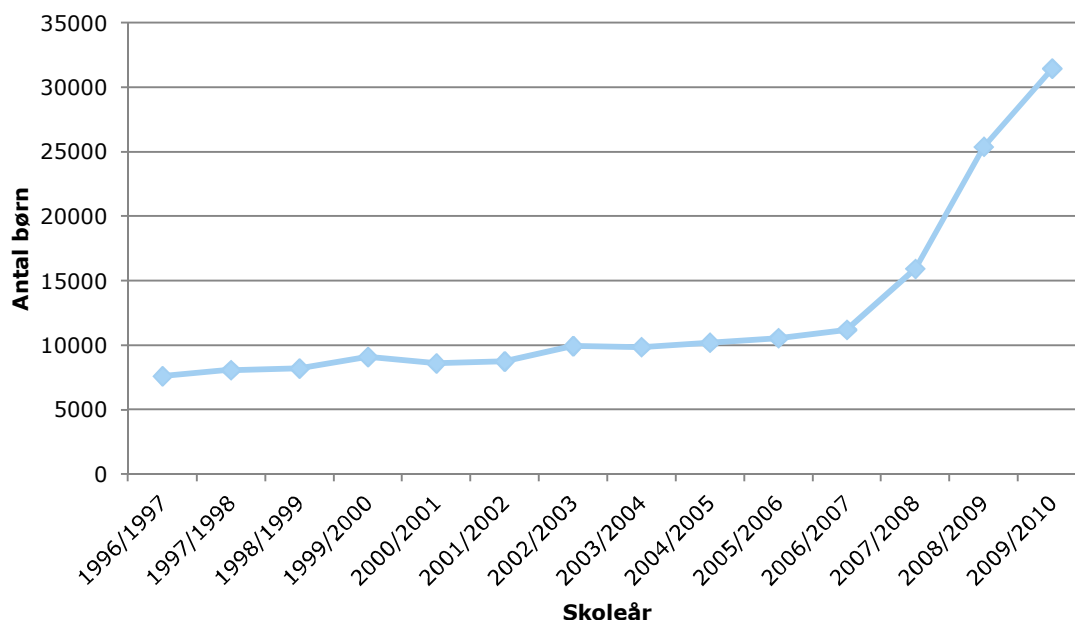
### 3.2.1 Situationen i kommunerne

Puljen til psykologhjælp skal blandt andet bidrage til at etablere forebyggende tilbud i kommunerne til børn med psykiske vanskeligheder. Tilbuddene i kommunerne er målrettet børn og unge, der har begyndende psykiske problemer, og hvor det vurderes, at forebyggende psykologhjælp kan afhjælpe, at problemerne udvikler sig til en psykisk lidelse.

Dette afsnit forsøger at give et billede af omfanget af børn og unge, som har psykiske vanskeligheder og har behov for hjælp. Desværre giver den undersøgelse blandt PPR i kommunerne, som Rambøll gennemførte i 2008, ikke belæg for at komme med en angivelse af, hvor mange børn og unge i kommunerne der på grund af psykiske vanskeligheder har behov for hjælp. Der kan dog på baggrund af nationale og internationale forskningsundersøgelser antages, at mellem 10-15 pct. af børn og unge på et tidspunkt i opvæksten har behov for støtte pga. psykiske vanskeligheder. Det er ligeledes rimeligt at antage, at mellem 1-2 pct. af en årgang har behov for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien<sup>8</sup>.

Ser vi nærmere på antallet af børn i alderen 6-16 år, der modtager vidtgående specialundervisning, kan der ligeledes identificeres en stigende tendens. Nedenstående figur illustrerer den udvikling, der har været på området. Figuren er sat sammen på baggrund af tal fra henholdsvis UNI-C Statistik & Analyse (frem til 2007) og Undervisningsministeriets databank (2007 og fremefter). Frem til 2007 var det amterne, der opgjorde tallene, mens de nu bliver opgjort i kommunerne. Som det kan ses, var der en jævn stigning i antallet af elever, der modtager specialundervisning fra 7.555 i 1996 til 11.184 til i 2007. Fra 2007 og fremefter er der sket en voldsom stigning, således at 31.453 elever modtager specialundervisning i 2009/2010.

**Figur 3.1: Udviklingen i antal elever i alderen 6-16 år, der modtager vidtgående specialundervisning**



Kilde: UNI-C, Statistik & Analyse, 2011

Som det fremgår af ovenstående Figur 3.1, er der således tale om en absolut stigning i antallet af børn og unge, der modtager vidtgående specialundervisning. Der er ligeledes sket en relativ stigning, set i forhold til det samlede antal børn og unge. I 1996 udgjorde antallet af børn og unge, der modtog vidtgående specialundervisning, således 1,12 pct. af det samlede antal børn og unge i alderen 6-16 år, mens tallet til sammenligning var 1,48 pct. i 2006/2007. Fra 2007 og fremefter

<sup>8</sup> "Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien", Rambøll Management og Center for Kvalitetsudvikling, 2008.

er der sket en drastisk stigning, således at det i 2009/2010 er 4,52 pct. af det samlede antal børn og unge, der modtager vidtgående specialundervisning.

Forbruget af den vidtgående specialundervisning indikerer således et stigende behov for hjælp til børn med vanskeligheder. Det er vigtigt at være opmærksom på, at den vidtgående specialundervisning også gives til handicappede eller børn/unge med indlæringsvanskeligheder. Det kan dog konstateres, at:

- 20 pct. af de børn/unge, der i 2006/2007 modtog vidtgående specialundervisning, blev kategoriseret med adfærdsmæssige eller psykiske vanskeligheder.
- 12 pct. af de børn/unge, der i 2006/2007 modtog vidtgående specialundervisning, blev kategoriseret som ADHD-elever.
- 4 pct. de børn/unge, der i 2006/2007 modtog vidtgående specialundervisning, blev kategoriseret som AKT-elever (Adfærd, Kontakt, Trivsel).

### 3.2.2 Kommunens foranstaltninger

I nærværende afsnit ser vi nærmere på, hvilket typer af foranstaltninger der iværksættes over for børn med psykiske vanskeligheder i kommunerne.

Fra 1. januar 2007 er det samlede ansvar for folkeskolens specialundervisning placeret i kommunerne. Herunder tilbyder kommunerne specialundervisning i special- eller centerklasser eller kan tilbyde undervisning på specialskoler. Derudover er det også muligt at tilbyde specialundervisning, integreret i de almindelige klasser, eller ekstra støtte til børn og unge med vanskeligheder.

Kommunerne har også mulighed for at tilbyde pædagogisk/psykologisk støtte til barnet/den unge/familien i henhold til Serviceloven. I undersøgelsen blandt PPR (spørgeskemaundersøgelse, Rambøll 2008) har vi spurgt til, hvilke tilbud kommunerne har til børn og unge med lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder.

**Tabel 3.1: Hvilke tilbud har kommunen til børn og unge (0-18 år) med lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder?**

	Antal	Andel	Placering
Forælderådgivning	31	78 %	3
Specialpædagogisk vejleder til barnet	23	58 %	6
Specialbørnehave	27	68 %	5
Specialgruppe for børn med handicap	28	70 %	4
Psykologbistand	34	85 %	2
Specialundervisning i skoleregi	36	90 %	1
Specialskole	23	58 %	6
Anbringelse på specialiseret institution	23	58 %	6
Videnscenter	8	20 %	10
Andet:	21	53 %	9
Total	40	100 %	

Note: Tallene summerer ikke til 100 pct., da det har været muligt at angive flere svar.

Kilde: Rambøll Managements spørgeskemaundersøgelse blandt PPR i projektkommunerne, 2008

Som det fremgår af ovenstående tabel, er det 90 pct. af kommunerne, som har mulighed for at tilbyde børn og unge med psykiske vanskeligheder specialundervisning i skoleregi. Derudover har størstedelen af kommunerne også mulighed for at tilbyde psykologbistand (85 pct.) eller rådgivning til forældrene (78 pct.). Dog ses det også, at det kun er hver femte kommune, der har et videnscenter henvendt til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Der er ikke umiddelbart nyere undersøgelser, der kan dokumentere, om der er sket ændringer i forhold til situationen i 2008.

Med hensyn til om udbuddet af tilbud til børn og unge er stort nok, tegner der sig et klart billede af, at der særligt i forhold til de ældre børn mangler tilbud. 45 pct. af repræsentanterne fra PPR vurderede således, at der i ringe grad eller slet ikke er det nødvendige antal tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

**Tablet 3.2: I hvilken grad vurderer du, at der er det nødvendige antal forebyggende og støttende tilbud i kommunen til børn og unge med lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder for følgende aldersgrupper?**

		I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ Ikke relevant	Total
<b>0-5 år (førskealder)</b>	Procent	3 %	28 %	48 %	15 %	0 %	8 %	100 %
	Antal	1	11	19	6	0	3	40
<b>6-15 år (skolealder)</b>	Procent	0 %	23 %	48 %	25 %	0 %	5 %	100 %
	Antal	0	9	19	10	0	2	40
<b>16-18 år (efter skolealder)</b>	Procent	0 %	8 %	28 %	40 %	5 %	20 %	100 %
	Antal	0	3	11	16	2	8	40

Kilde: Rambøll Managements spørgeskemaundersøgelse blandt PPR i projektkommunerne, 2008

Helt overordnet peger undersøgelsen blandt PPR fra 2008 på, at der mangler tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Tilbuddene til børn i førskolealderen synes dog at være mere udbygget, set i forhold til børn og unge mellem 6-15 år og 16-18 år, jf. ovenstående tabel.

### 3.2.3 Tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder i den sociale sektor

Den sociale sektor yder støtte til børn og unge, der har et særligt behov for støtte, så de opnår de bedst mulige opvækstvilkår, herunder også børn og unge med psykiske lidelser. Nogle børn og unge med psykiske lidelser kan indgå i normalområdet som fx skole, daginstitution eller bosted med ekstra støtte, og andre må indgå i specialtilbud rettet mod psykisk syge børn og unge.

Jf. Serviceloven § 52 stk. 3 kan kommunalbestyrelsen iværksætte hjælp inden for følgende typer af tilbud:

- Konsulentbistand
- Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet
- Familiebehandling eller behandling af barnet eller den unges problemer
- Døgnophold for forældre og barn
- Aflastningsordning
- Personlig rådgiver for barnet eller den unge
- Fast kontaktperson for barnet, den unge eller familien
- Formidling af praktiktilbud
- Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte
- Økonomisk støtte, hvis støtten erstatter en ellers mere indgribende foranstaltning
- Dagbehandlingstilbud med både skole- og behandlingstilbud
- Anbringelse

Der er således jf. serviceloven en bred vifte af muligheder for at yde hjælp til børn og unge med behov for særlig støtte – både gennem forebyggende foranstaltninger og gennem en egentlig anbringelse.

Udover støtte efter § 52 skal kommunen sørge for, at forældre med børn og unge kan få en gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien, jf. Servicelovens § 11. Denne rådgivning kan være anonym og kræver ikke tilladelse fra forældre.

### **Sociale tilbud til børn og unge**

Det er ikke muligt at udsøndre antal pladser direkte målrettet målgruppen. Et udtræk fra Tilbudsportalen viser, at ud af *samtligte døgninstitutioner og opholdssteder, som er registreret til at matche målgruppen (0-17 år)*: Sindslidelse (angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelse, spiseforstyrrelse) og ADHD og autismspektret – findes 440 institutioner. Disse tilbud har *en eller flere af målgruppekategorierne* ovenfor, men det er ikke muligt at udsøndre hvor mange af pladserne på disse institutioner, som er tilbudt et barn/ung fra målgruppen.

Kapaciteten på social- og specialundervisningsområdet reguleres i regi af de årlige rammeaftaler mellem kommunerne i hver region.

### **Anbragte børn**

Ved udgangen af 2009 var 12.770 børn og unge mellem 0-17 år anbragt uden for hjemmet. Heraf vil en del høre til inden for målgruppen eller have forældre der hører til i målgruppen. Godt 2/3 af pladserne er private (familiepleje og opholdssteder) og ca. ¼ er kommunale eller regionale døgninstitutioner: Ved udgangen af 2009 var 49 % af de anbragte børn under 18 år anbragt i plejefamilie, 17 % på socialpædagogiske opholdssteder og 24 % på kommunale eller regionale døgninstitutioner.

I 16 % af afgørelserne vedrørende anbragte børn var årsagen hos barnet/den unge til anbringelsen blandt andet nedsat funktionsevne. Nedsat funktionsevne er her defineret som nedsat fysisk funktionsevne, udviklingsforstyrrelse (autisme, ADHD mv.), udviklingshæmning og sindslidelse. I 4 % af afgørelserne var det eneste årsag til, at der blev truffet afgørelse om anbringelse. I 13 % af tilfældene var sindslidelser hos forældrene udslagsgivende årsag til anbringelsen.

#### **3.2.4 Situationen på ungdomsuddannelserne**

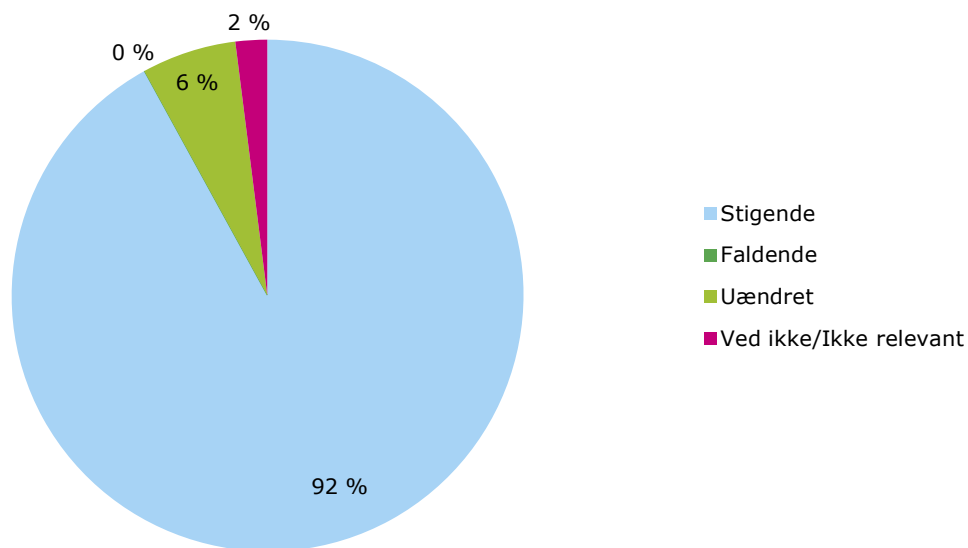
En del af den overordnede målsætning med puljen til psykologhjælp er at bidrage til etableringen af forebyggende behandlingstilbud på *ungdomsuddannelserne* for derigennem at mindske *frafald* betinget af psykiske vanskeligheder blandt de studerende.

For at skabe et overblik over omfanget af denne type problemer og hvilke tilbud der i 2008 eksisterede på ungdomsuddannelserne, er der som led i evalueringen gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af de danske ungdomsuddannelsesinstitutioner. Spørgeskemaet blev udsendt til alle ungdomsuddannelser, og skemaet er besvaret af i alt 301 institutioner. Svarprocenten er på 74, hvilket er tilfredsstillende.

Det følgende afsnit beskriver udviklingen og den aktuelle situation på ungdomsuddannelserne i relation til målsætningen. Afsnittet vil belyse, i hvor høj grad psykiske vanskeligheder er et problem for eleverne på ungdomsuddannelserne, hvor stort frafaldet er på ungdomsuddannelserne, ligesom der vil være fokus på, hvilke tilbud og indsatser ungdomsuddannelserne har på området.

Som det fremgår af figuren nedenfor, oplevede 9 ud af 10 af de adspurgte ungdomsuddannelsesinstitutioner i 2008 et stigende behov for hjælp til psykiske vanskeligheder, mens kun cirka 6 pct. oplever behovet som uændret – og ingen har oplevet et fald i behovet. Denne tendens stemmer overens med vurderingen blandt PPR-repræsentanterne.

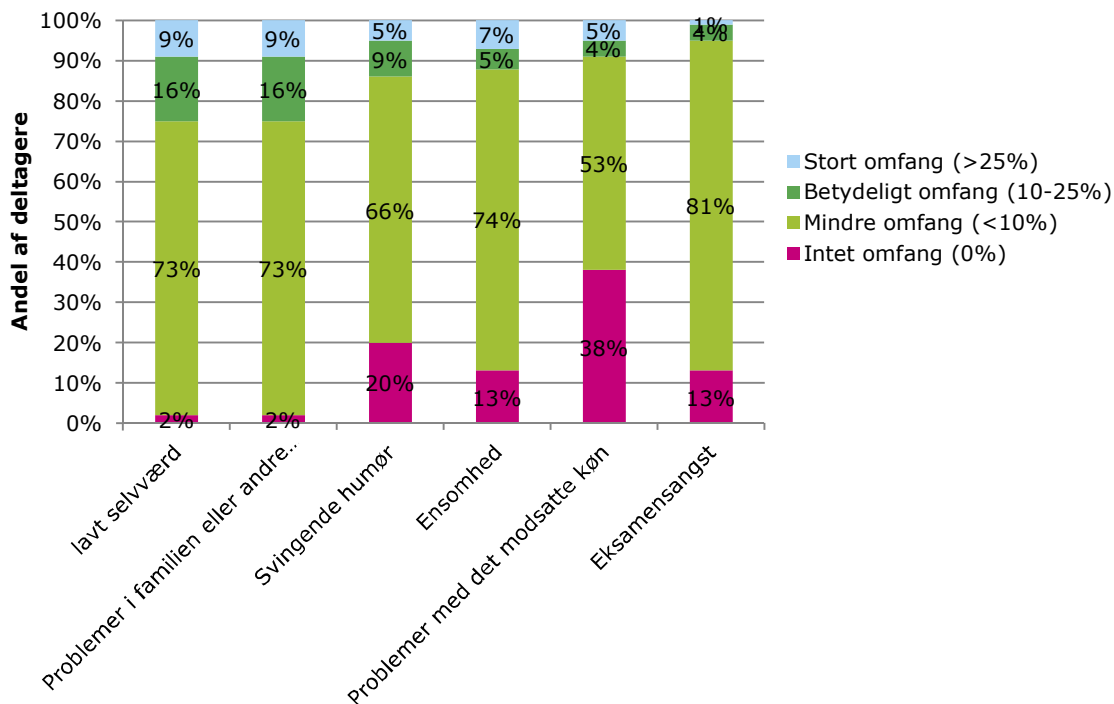
**Figur 3.2: Vurderer du, at de unges behov for støtte i forbindelse med lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder generelt er... (N=301)**

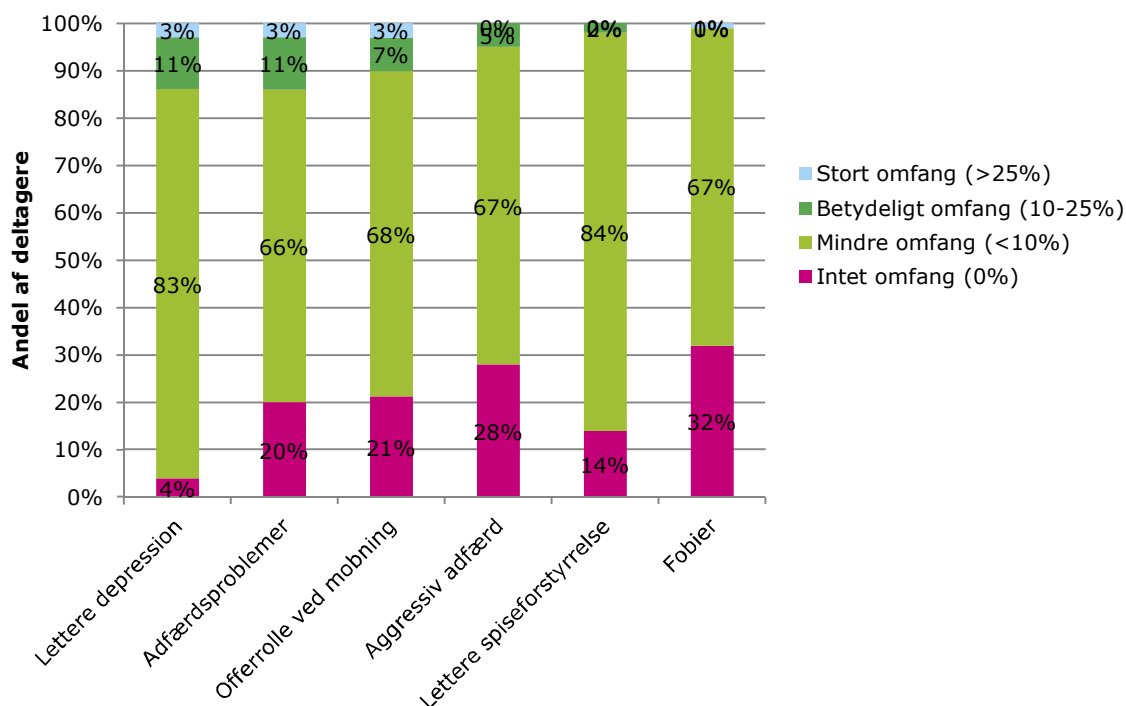


Kilde: Rambøll Managements survey blandt ungdomsuddannelserne, forår 2008

Figuren nedenfor viser, hvilke typer af problemer der er mest udbredte blandt de unge. Uddannelsesinstitutionerne er bedt om at vurdere, hvor stort omfanget af problemet er blandt de unge, ved at angive hyppigheden af den pågældende psykiske vanskelighed blandt deres elever.

**Figur 3.3: Uddannelsesinstitutionernes vurdering af omfanget af forskellige psykiske vanskeligheder blandt deres elever**





Kilde: Rambøll Managements survey blandt ungdomsuddannelserne, forår 2008.

Hver fjerde af de adspurgte uddannelsesinstitutioner vurderede i 2008, at *lavt selvværd* og *Problemer i familien/andre relationer* enten i et betydeligt omfang eller i et stort omfang er et problem blandt deres elever. Endvidere vurderer praktisk talt alle uddannelsesinstitutioner, at *Lettere depression* er et problem for eleverne på skolen i et eller andet omfang.

Ser vi på, hvilken form for psykisk vanskelighed der var den primære hos eleverne, tegner der sig samme billede af, at *lavt selvværd*, *Problemer i familien/andre relationer* og *Lettere depression* oftest er de primære problemer hos eleverne.

### 3.2.5 Frafald grundet psykiske problemer

Formålet med projekterne på ungdomsuddannelse er at mindske risikoen for frafald fra ungdomsuddannelserne. Ser vi nærmere på frafaldet på ungdomsuddannelserne, viser det, at det fra 2005 til 2009 har været nogenlunde stabilt.

**Tablet 3.3: Fuldførelsesprocenter 2005-2010, fordelt på uddannelse.**

Uddannelse/år	2005	2006	2007	2008	2009
Gymnasiale uddannelser	84	84	85	86	85
Erhvervsfaglige uddannelser	71	71	72	74	72

Kilde: UNI•C Databanken, efterår 2011.

På de gymnasiale uddannelser var det i 2009 85 pct. af de elever, som påbegynder uddannelsen, som også gennemfører den. For de erhvervsfaglige uddannelser er der færre, der gennemfører uddannelsen. Her var det således kun 72 pct., altså kun cirka 3 ud af 4 elever, der i 2009 gennemførte uddannelsen.

Uddannelsesinstitutionerne er som led i surveyen i 2008 blevet spurgt om, hvor store frafaldsproblemerne grundet psykiske vanskeligheder vurderes at være på daværende tidspunkt.

**Tabel 3.4: Hvor mange unge på uddannelsesinstitutionen (antal CPR-numre) vurderer du er stoppet på uddannelsesinstitutionen i kalenderåret 2007 som enten direkte eller indirekte følge af psykiske vanskeligheder?**

Elevfrafald	Antal	Procent
0 %	16	6 %
Op til 2 %	119	46 %
Mellem 2 og 10 %	91	35 %
Mellem 10 og 25 %	30	12 %
Mellem 25 og 50 %	3	1 %
50 % og derover	1	0,5 %
Total	260	100 %
Ubesvaret	41	14 %

Kilde: Rambøll Managements survey blandt ungdomsuddannelserne, forår 2008.

På omkring halvdelen af uddannelsesinstitutionerne vurderes problemet med psykisk betinget frafald at være af beskedent omfang – under 2 pct. af eleverne pr. årgang. Det er dog værd at bemærke, at det kun er 16 af uddannelsesinstitutionerne, som slet ikke mener, at der sker frafald på grund af psykiske problemer. For hovedparten er der således et problem med denne type frafald. Omkring en tredjedel af uddannelsesinstitutionerne vurderer, at de i 2007 mistede 2-10 pct. af deres elever på grund af psykiske problemer, mens godt 13 pct. mener, at det gjaldt for mere end hver tiende elev.

Hovedparten af uddannelsesinstitutionerne oplever således problemer med psykisk betinget frafald, og på omkring halvdelen af skolerne kan det siges at have et væsentligt omfang.

### 3.2.6 Eksisterende tilbud på ungdomsuddannelserne

I det følgende afsnit ser vi nærmere på, hvilke tilbud der i dag findes til studerende med begyndende/lettere psykiske vanskeligheder, samt hvad uddannelsesinstitutionerne gør for at opspore de unge, som har behov for hjælp. Endvidere afdækkes uddannelsesinstitutionernes vurdering af, hvorvidt de nuværende tilbud er relevante og tilstrækkelige i forhold til det behov, der opleves blandt de studerende.

#### **Uddannelsesinstitutionernes egne tilbud samt ekstern henvisning**

Alle uddannelsesinstitutioner angiver at have en eller anden form for tilbud til unge med lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder. Som tabellen nedenfor viser, er samtaler med studievejlederen den mest udbredte tilbudstype.



**Tablet 3.5: Hvilke tilbud har uddannelsesinstitutionen til unge med lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder?**

	Antal	Procent
Individuelle psykologsamtaler	157	52 %
Psykologsamtaler i grupper	22	7 %
Samtaler med studievejleder	279	93 %
Forældresamtaler med psykolog	42	14 %
Forældresamtaler med studievejleder	200	66 %
Specialundervisning eller supplement til anden undervisning	138	46 %
Pædagogisk vejledning	192	64 %
Tilknytning til kontaktperson / mentor	168	56 %
Tilbud om kompenserende teknologi på grund af psykiske vanskeligheder	54	18 %
Andet	63	21 %
Tilbud om forlænget grundforløb	60	20 %
Ingen tilbud		-
Ved ikke/Ikke relevant	3	1 %
Total	301	100 %

Kilde: Rambøll Managements survey blandt ungdomsuddannelserne, forår 2008  
Total summerer til mere end 100 pct., da det var muligt at angive flere svar

Tabellen viser, at langt de fleste af uddannelsesstederne (93 pct.) tilbyder samtaler med en studievejleder til unge med psykiske problemer. På to ud af tre skoler har også forældrene mulighed for at komme til samtale med studievejlederen. 52 pct. af skolerne har tilknyttet en psykolog, hvor den unge kan tilbydes individuelle samtaler, og på en mindre andel af skolerne tilbyder psykologen også gruppe- og forældresamtaler.

I de tilfælde, hvor uddannelsesinstitutionen ikke kan tilbyde et relevant eller dækkende tilbud til den unge, henviser uddannelsesstederne enten til et eksternt tilbud, til kommunen eller til Ungdommens Uddannelsesvejledning, som det fremgår af nedenstående tabel.

**Tablet 3.6: Hvad gør I på uddannelsesinstitutionen, hvis I ikke kan stille et tilbud til rådighed for unge med lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder?**

	Antal	Procent
Vi gør ikke noget	9	3 %
Vi henviser til et tilbud uden for uddannelsesinstitutionen	195	65 %
Vi henviser til kommunen	192	64 %
Vi henviser til Ungdommens Uddannelsesvejledning	152	51 %
Andet:	85	28 %
Ved ikke	6	2 %
Total	301	100 %

Kilde: Rambøll Managements survey blandt ungdomsuddannelserne, forår 2008.  
Total summerer til mere end 100 pct., da det var muligt at angive flere svar.

Henvisning til eksterne tilbud eller til kommunen er de mest benyttede løsninger og benyttes af to ud af tre uddannelsesinstitutioner, mens omkring halvdelen anvender Ungdommens Uddannelsesvejledning som alternativ. Tre pct. angiver, at de ikke gør noget, hvis der ikke kan tilbydes relevant hjælp til den unge.

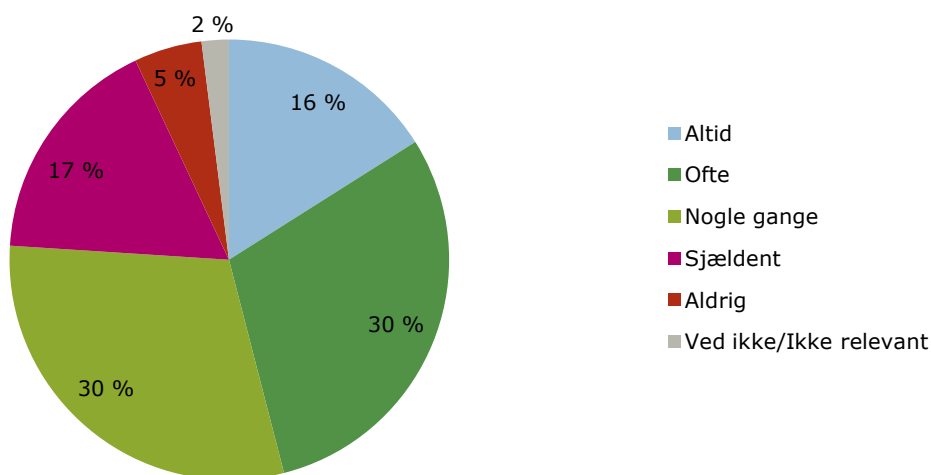
### Relevansen og tilstrækkeligheden af eksisterende tilbud

I afsnittet ovenfor så vi, at hovedparten af uddannelsesinstitutionerne er opmærksomme på problemet med psykiske vanskeligheder blandt eleverne, og at de fleste også har en række forskellige tilbud til denne målgruppe. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med, at der i de pågældende tilbud er den *kapacitet*, som det stigende antal elever med psykiske problemer fordrer.

Undersøgelsen viser, at der på hovedparten af uddannelsesinstitutionerne opleves visse problemer med ventetider på de tilbud, der haves til unge med psykiske problemer. 71 pct. angiver således, at der er ventetider på deres skole, mens kun 11 pct. ingen problemer har med ventetider.

Flere uddannelsesinstitutioner oplever ligeledes, at de ikke altid er i stand til at stille et relevant tilbud til rådighed for de unge med problemer. Tabellen nedenfor viser, at det kun er knap halvdelen af uddannelsesinstitutionerne som oplever, at de altid eller ofte er i stand til at give de elever, som har behov for det, et relevant tilbud, mens dette for den anden halvdel af uddannelsesinstitutionerne kun nogen gange eller sjældent er tilfældet.

**Figur 3.4: Er uddannelsesinstitutionen i stand til at stille et relevant tilbud til rådighed for de unge, som har lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder?**



Kilde: Rambøll Managements survey blandt ungdomsuddannelserne, forår 2008

En nærmere analyse viser, at uddannelsesinstitutionerne i Region Syddanmark og Region Hovedstaden sjældnere end de øvrige oplever sig i stand til at stille relevante tilbud til rådighed. Kun 17 pct. i disse regioner svarer "Altid" eller "Ofte" mod 46 pct. i hele undersøgelsen.

Tabellerne nedenfor viser, at en del uddannelsesinstitutioner generelt vurderer antallet af eksisterende tilbud til unge med psykiske vanskeligheder som utilstrækkelige.

**Tablet 3.7: I hvilken grad vurderer du, at der generelt findes et tilstrækkeligt antal støttende tilbud på ungdomsuddannelserne til børn og unge med lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder?**

	Antal	Procent
I meget høj grad	2	1 %
I høj grad	19	6 %
I nogen grad	114	38 %
I ringe grad	140	47 %
Slet ikke	15	5 %
Ved ikke/Ikke relevant	11	4 %
Total	301	100 %

Kilde: Rambøll Managements survey blandt ungdomsuddannelserne, forår 2008.  
Survey blandt ungdomsuddannelserne, forår 2008.

Kun et mindretal af uddannelsesinstitutionerne vurderer, at der i høj grad er tilbud i tilstrækkeligt antal – cirka 7 pct. vurderer antallet som i høj eller i meget høj grad at være tilstrækkeligt. Omkring fire ud af ti vurderer, at der i *noget grad* findes velegnede tilbud i passende omfang, mens omkring halvdelen kun mener, at det i ringe grad eller slet ikke er tilfældet.

Generelt vurderer uddannelsesinstitutionerne antallet lidt mere kritisk end typen af tilbud – selv om både antal og typen af tilbud vurderes som mangelfuldt, er der altså en svag tendens til, at der især efterlyses et højere antal af tilbud.

### 3.2.7 Situationen i børne- og ungepsykiatrien

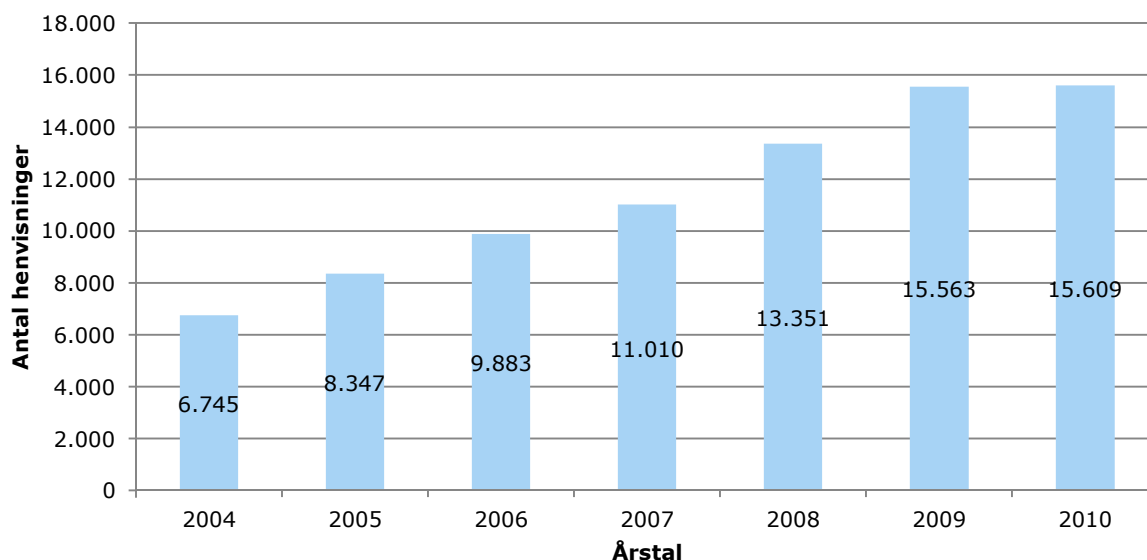
Dette afsnit søger at belyse omfanget og udviklingen i brugen af børne- og ungepsykiatri, lige som det forsøger at belyse årsagerne til udviklingen.

Indhold og data i dette afsnit bygger på en rapport fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som belyser årsagerne til stigningen i henvisningerne til børne- og ungepsykiatrien<sup>9</sup>. Resultaterne i ministeriets rapport bygger på forskellige databaser, spørgeskemaundersøgelser i psykiatrien og PPR, interview og BUP-basen, der er en database over børn og unge, som modtager udredning eller behandling i Børne- og ungdomspsykiatrien. BUP-basen er sidenhen lukket ned, da usikkerheden på validiteten i tallene var for stor, og tallene herfra er således ikke medtaget i nærværende afsnit. Afsnittet er, hvor det er muligt, blevet opdateret med nyeste data på området.

### 3.2.8 Henviste til børne- og ungdomspsykiatrien

Antallet af henviste til børne- og ungepsykiatrien har et vist usikkert moment, da der eksisterer lokale variationer med hensyn til aldersgrænsen for, hvornår de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger både inkluderer og ekskluderer de unge som del af deres patientgruppe. Nedenstående figur viser en oversigt over udviklingen i antallet af henvisninger i børne- og ungepsykiatrien.

**Figur 3.5: Udvikling i antallet af henvisninger**



Kilde: BupBasen 2011.

Som det ses af ovenstående figur, tegner der sig et billede af, at udviklingen i antallet af henvisninger frem til 2009 var opadgående, mens det tyder på at niveauet fra 2009 har stabiliseret sig. Dette underbygges af regioners aktivitetsopgørelser for de to første kvartaler af 2011, som viser samme tendens. Det skal dog bemærkes, at omkring 20 pct. af de henviste børn og unge afvises i psykiatrien. Det uddybes i afsnit 3.2.12.

<sup>9</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien. Rapporten er udarbejdet af Rambøll Management og Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Rapporten blev publiceret i februar 2008.

### 3.2.9 Henvisningsmønstre til forskellige institutioner

Ovenstående giver et billede af antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, men der findes ikke opgørelser over, hvor mange der henvises til andre aktører, som eksempelvis praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer osv. Respondenterne fra ministeriets spørgeskemaundersøgelse blandt PPR (og socialforvaltningerne) i kommunerne har i spørgeskemaundersøgelsen fra 2008 angivet, hvor mange børn og unge de henviser til forskellige enheder.

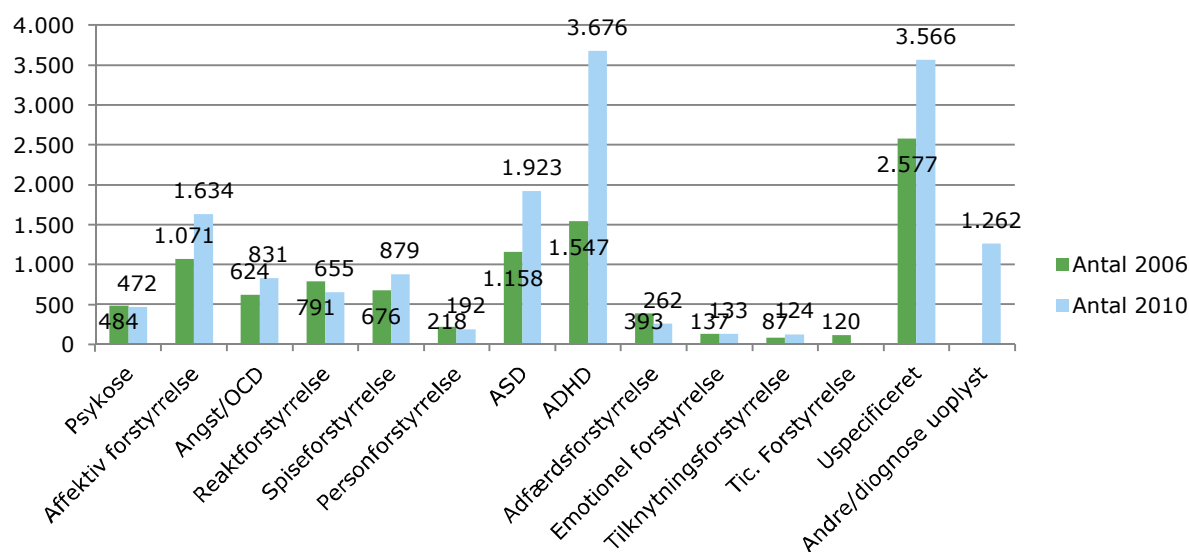
Resultaterne fremgår af nedenstående tabel. Det interessante i nærværende sammenhæng er ikke antallet af henvisninger, da disse tal er forbundet med meget stor usikkerhed, men besvarelsen kan give en indikation af, hvilken fordeling der er for henvisningerne fra kommunerne, og kan give en indikation af, hvilke henvisningsmønstre puljen til psykologhjælp skal bidrage til at ændre.

I delrapport 2 fra 2008 vurderede kommunerne, at der er sket en stigning i andelen af henvisninger. Det vurderedes, at stigningerne hovedsagligt var sket i forhold til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og i forhold til praktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri<sup>10</sup>. Denne stigning underbygges også af, at der tilsyneladende er et stigende antal børn og unge med psykiske vanskeligheder.

### 3.2.10 Hvem henvises til psykiatrien

Ser vi nærmere på, hvem der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, tegner der sig et billede af de mest typiske aktionsdiagnosers udvikling i figur 3-6 nedenfor.

**Figur 3.6: Aktionsdiagnoser for de henviste børn og unge 2006<sup>11</sup>**



Kilde: BupBasen 2011.

Særligt antallet af børn og unge der får stillet diagnosen ADHD er voldsomt stigende. Fra 2006 og frem til 2010 er der således sket en stigning på 138 pct. Ligeledes er der sket væsentlig stigning i antallet af børn og unge der får diagnosticeret ASD og Affektive forstyrrelser.

### 3.2.11 Hvem henviser til psykiatrien

I BupBasen er opstillet foruddefinerede kategorier for, hvem der har henvist patienten til børne- og ungepsykiatrien, hvilket kan give viden om, hvor efterspørgslen kommer fra.

<sup>10</sup> Denne tendens understøtter de udsagn, som blev identificeret i caseinterviews i samme undersøgelse, nemlig at privatpraktiserende psykiatere og psykologer anvendes aktivt på grund af lange ventetider til børne- og ungdomspsykiatrien. Derved synes manglende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien at styrke behovet for privatpraktiserende psykiatere og psykologer. Det er en forklaring, der synes at bestyrke relevansen af øget psykologhjælp som et alternativ til børne- og ungepsykiatrien.

<sup>11</sup> ASD=Autisme Spektrum forstyrrelser/gennemgribende udviklingsforstyrrelser. ADHD=Attention Deficit Hyperactive Disorder/opmærksomhedsforstyrrelse med hyperaktivitet.

I nedenstående tabel er gengivet udviklingen i fordelingen af henvisere til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i perioden fra 2004 til 2010.

**Tabel 3.8: Fordeling af henvisninger på henviser, 2004-2010**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Egen læge	48	50	52	54	53	50	49
PPR	16	16	16	17	19	23	21
Sygehusafdeling	12	11	11	10	10	9	9
Speciallægepraksis	3	3	2	2	2	3	3
Socialforvaltning	5	5	4	3	4	4	4
Psykiatrisk afd./skadestue	11	11	10	9	9	7	10
Retsvæsen	0	0	-	-	-	-	-
Anden	5	4	5	4	4	4	5

Kilde: BupBasen 2011.

Omkring halvdelen af alle børn og unge med psykiske problemer henvises fra egen almen praktiserende læge. Dermed er de almen praktiserende læger klart den største henviser. Dernæst er der en gruppe af henvisere, bestående af PPR, øvrige sygehusafdelinger og psykiatrisk afdeling/skadestue, der hver henviser 10-21 pct.. Andelen af henvisninger der kommer fra PPR er endvidere steget fra 12 pct. i 2004 til 21 pct. i 2010. Få henvisninger kommer fra socialforvaltningerne, og socialforvaltningerne er således primært den centrale aktør i forløbet *efter* diagnosticering og evt. behandling på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Dette kan hænge sammen med, at selve den psykologiske udredning/vurdering typisk ikke foretages i regi af socialforvaltningen, men hos barnets egen læge eller hos en speciallæge.

I Tabel 3.9 nedenfor er vist, at alderen på de henviste børn og unge varierer betydeligt, alt efter hvilken henviser de er henvist fra.

**Tabel 3.9: Gennemsnitsalder fordelt på henviser – 2004-2006**

	Gennemsnitsalder
Almenpraktiserende læge	13
PPR	9
Socialforvaltning	10
Sygehusafdeling	11
Speciallægepraksis	12
Retsvæsen	18
Anden	11
Psykiatrisk afd./skadestue	15

Kilde: BupBasen 2007.

Gennemsnitsalderen er højst ved henvisning fra retsvæsen og psykiatrisk afdeling/skadestue (15-17 år), mens alderen er lavest ved henvisning fra PPR (8 år). Baggrunden for aldersforskellen på børn og unge fra de forskellige henvisere hænger naturligt sammen med de aldersgrupper, henviserne er i kontakt med. PPR og socialforvaltninger er typisk i kontakt med børn og unge i en yngre alder, mens retsvæsnet typisk er i kontakt med unge. Aldersgennemsnittet kan synes højt i betragtning af, at der i stigende grad er tidlig opsporing og forebyggelse. Imidlertid fremgår det af datamaterialet, at der ofte er flere års arbejde med afklaring og tilbud i primærsektoren af barnets eller den unges behov inden en henvisning.

### 3.2.12 Årsager til stigningen i antallet af henvisninger

Der foreligger ingen videnskabelige undersøgelser, der giver svar på, hvorfor der er sket en stigning i antallet af henvisninger i de senere år. En oplagt forklaring, som oftest gives af fagfolk på området, kan være, at antallet af henvisninger endnu ikke modsvarer det reelle behov for behandling og udredning.

Der synes dog på tværs af studier, litteratur, interview og ekspertvurderinger at være enighed om, at der kan udpeges en række forskellige faktorer, som spiller ind på antallet af henvisninger og stigning i antallet af henvisninger. De mulige forklaringer er ikke systematisk efterprøvet, da der mangler både rutinemæssig relevant statistik samt grundlæggende forskning på området, før man mere dybtgående kan belyse årsager til den observerede udvikling.

I en analyse af udviklingen i henvisninger i børne- og ungdomspsykiatrien fra 2007 er det en spørgeskemaundersøgelse, litteraturstudiet samt interviews blevet afdækket, hvilke årsager der kan være til stigningen i antallet af henvisninger og de forskellige årsagers plausibilitet..

Analysen pegede på de følgende fem årsager som de væsentligste forklaringer på stigningen.

1. **Den nuværende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien modsvarer ikke de reelle behov**, hvilket understøttes af nationale og internationale undersøgelser, der peger på, at antallet af børn og unge med psykiske problemer overstiger de 0,9 pct., der er den andel af børn og unge, som børne- og ungdomspsykiatrien håndterer i dag.
2. **Der stilles større krav til børns sociale kompetencer**, hvilket betyder, at flere børn ikke kan fungere i skolen eller daginstitutionen. Argumentet er ikke, at børn/unge bliver syge i normalsystemet, men at de oplevede krav forstærker behovet for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien samt tydeliggør, om børn og unge har psykiske problemer. Der kan også peges på, at der mangler relevante støttemuligheder og tilbud, som kan forebygge, at sygdomsforløbet for børn og unge eskaleres.
3. **Der er et større behov hos forældrene for, at deres barn bliver udredt og får en behandling**, og der kan være et udtalt behov hos forældrene om at få klarhed. Derfor kan de ofte presse på i forhold til de kommunale myndigheder eller den praktiserende læge for at få en diagnose eller få klarhed over, hvad deres barn fejler.
4. **Der stilles krav om diagnose, før der kan henvises til dagbehandling og døgntilbud (herunder specielle skoleplaceringer)**, hvilket betyder, at de kommunale myndigheder henviser til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien for at kunne stille en diagnose, der muliggør en bestemt bevilling. I de forskellige ekspertseminarer er dette blevet fremhævet som en vigtig årsag, men det er samtidig en årsagssammenhæng, som er blevet udfordret særligt af repræsentanter for de kommunale myndigheder.
5. **Der er sket en faglig opkvalificering af personalet**, hvilket betyder, at særligt medarbejdere i kommunerne er blevet bedre til at identificere børn og unge med psykiske problemer.

Endelig kan der være en forklaring i den demografiske udvikling, hvor fødselstallet er steget fra 1983 til 1994, hvilket kan give et øget henvisningspres. Det er ikke muligt at angive præcist, hvor stor betydning demografiske faktorer har, men Sundhedsstyrelsen konkluderer i statusrapporten fra 2007, at "De væsentlige større fødselsårgange i 80-erne og 90-erne afspejler sig i det stedfundne stigende henvisningspres"<sup>12</sup>.

### 3.2.13 Afviste henvisninger

Ikke alle henvisninger accepteres af den modtagende afdeling. I BupBasen forefindes tal for, hvor mange af henvisningerne der enten afvises eller omvisiteres af de respektive afdelinger. Af tabel-

<sup>12</sup> Statusnotat fra Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe, 2007. (Det årlige fødselstal fra 1983 til 1994 steg fra cirka 50.000 til 70.000).

len nedenfor fremgår udviklingen i antallet af afviste henvisninger, uanset hvorfra henvisningen kommer fra.

**Tabel 3.10: Udvikling i antallet af afviste henvisninger, 2004-2010**

Årstal	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andel afviste henvisninger	21%	24%	23%	21%	-	-	22%
Antal afviste henvisninger	1.431	1.965	2.273	2.347	-	-	3.412

Kilde: BupBasen 2011.

Andelen af afviste har ligget stabilt over fra 2004 til 2010 – fra godt 21 pct. i 2004 til 22 pct. i 2010<sup>13</sup>. Tallene fra 2008 og 2009 findes ikke i BUPbasens årsrapporter. Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger foretager inden for cirka en uge en vurdering af, om henvisningen skal afvises. Ca. halvdelen af afvisningerne skyldes, at sagerne ønskes belyst yderligere og den anden halvdel skyldes, at Børne- og Ungdomspsykiatrien vurderer, at der ikke er behov for psykiatriske støtte eller undersøgelse.

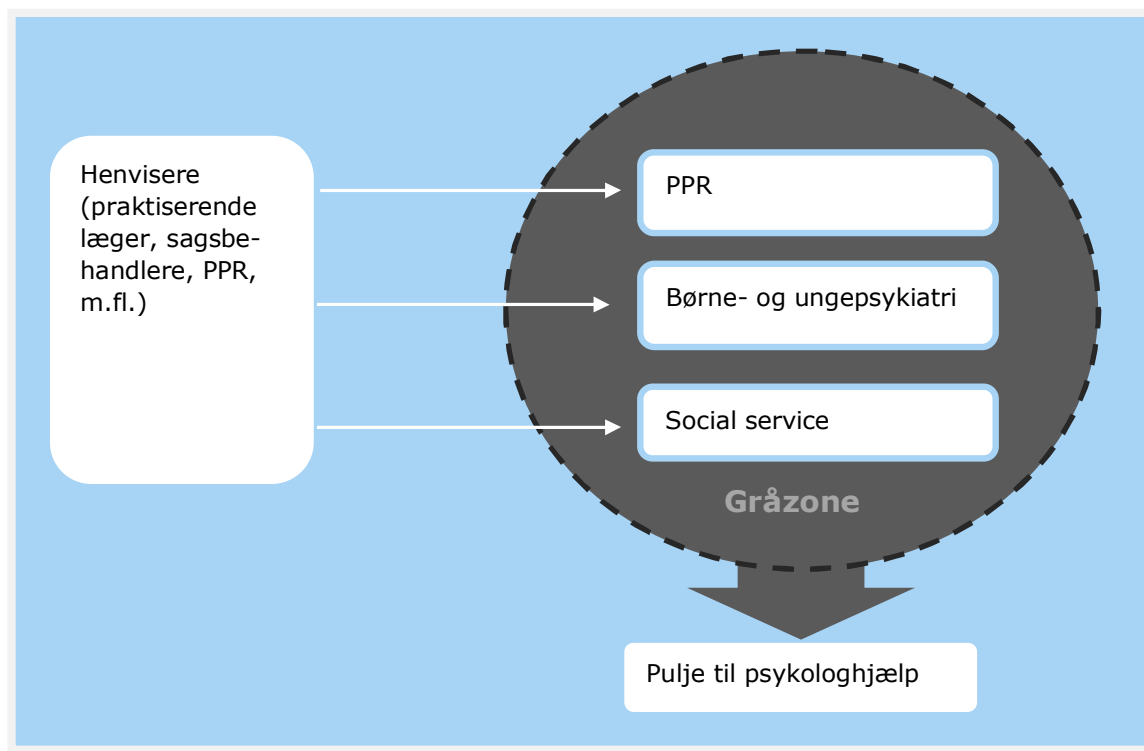
### 3.3 Behov for alternative kommunale behandlingstilbud til børn med psykiske vanskeligheder – de kommune-rettede projekter

Ovenstående afsnit beskriver tendenser og udviklinger på det børnepsykiatriske område de senere år. På denne baggrund er det relevant at beskrive hvad formålet med pulje til psykologhjælp har været, idet de kommunale projekter med psykologhjælp til børn og unge netop relaterer sig til problemerne med de stigende ventelister i psykiatrien, samt oplevede problemer med stigende antal af børn og unge med psykiske vanskeligheder.

I det nuværende system er der mulighed for udredning, behandling eller støtte inden for rammerne af PPR, børne- og ungepsykiatrien samt i kommunens sociale service. Der kan i de enkelte kommuner også være behandlingstilbud eller støtte uden for disse instanser.

Nedenstående figur illustrerer, hvordan pulje til psykologhjælp (med kommune-rettede projekter) udfylder et hul i behandlingstilbuddene for børn og unge med psykiske vanskeligheder, der ikke passer ind i de eksisterende behandlingstilbud og dermed befinder sig i en gråzone.

<sup>13</sup> I marts 2005 blev indført en mulighed for at afkrydse i indberetningsskemaet, at en henvisning var blevet afvist. Det kan ikke afgøres generelt, hvordan dette har påvirket antallet af registrerede afviste henvisninger.



Den generelle oplevelse i projektpuljen er, at de syv projekter dækker et stort hul i viften af behandlingstilbud til børn og unge med psykiske problemer. Både projekterne og de interviewede samarbejdspartnere påpeger, at der ikke findes muligheder for psykologhjælp til børn og unge, medmindre der er en markant psykiatrisk tyngde, skolemæssige vanskeligheder eller socialt belastede forhold i familien. Børn og de unge med psykiske vanskeligheder, som er faldet udenfor ovenstående er tidligere faldet i et hul mellem psykiatrien, PPR og socialforvaltningen og har reelt ikke haft mulighed for at få tilbudt hjælp til de psykiske problemer:

*"Der er rigtig mange huller, hvor der ikke ER noget behandlingstilbud. Hvis der ikke er noget skolemæssigt, så tager PPR den ikke, og hvis det ikke er så slemt, at psykiatrien skal ind over, så er der ikke noget [tilbud]." (Århus)*

*"Der er et stort hul, som vi faktisk dækker. Der mangles et tilbud til børn herhjemme. Amtets rådgivningscentre er jo også lukket ned. Og PPR laver ikke udredning til børn med psykiske vanskeligheder, som ikke giver problemer i skolen. Psykiatrien siger, at de er forbeholdt de mest komplekse sager, og så falder en del børn igennem. Psykiatrien afviser mange henvisninger fra lægerne og siger, at vi må lave noget mere i kommunen. Så siger egen læge, at PPR må lave det, og så siger PPR, at der ikke er skoleproblematik. Og det er noget af det, vores projekt har påpeget." (Aalborg)*

Blandt de børn, som risikerer at falde i dette "hul" mellem behandlingstilbuddene, nævner flere projekter børn med angstproblematikker – hvis disse ikke giver sig udslag i skolefravær eller -fobi, vil barnet ikke kunne få hjælp via PPR. Samtidig vil lettere og begyndende angstproblematikker sjældent have tilstrækkelig tyngde til at kvalificere til en henvisning til psykiatrien, hvilket betyder, at der reelt ikke har været et tilbud at henvise dem til. Det samme gælder for de mere stille, indadvendte og "usynlige" børn og unge, som kan være præget af dårligt selvværd, tristhed og sociale problemer. Mange af dem kan med fordel hjælpes på et tidligt tidspunkt, før problemerne udvikler sig i mere alvorlig retning, til f.eks. depression eller selvskadende adfærd, men der har tidligere været dårlige muligheder for en sådan tidlig indsats.

De kommunale børne- og ungdomsforvaltninger har typisk egne psykologtilbud eller mulighed for at bevillige tilskud til det, men mulighederne for dette er begrænsede, og en del sager opfylder ikke de lovgivningsmæssige betingelser. Flere projekter oplever desuden en modvilje hos en del familier mod at skulle blive en "social sag" i systemet, så det kan i sig selv blive en barriere for, at forældrene vælger at opsøge eller tage imod hjælp til barnet. Dette kan i øvrigt også gøre sig



gældende i relation til psykiatrien, idet det kan opfattes som stigmatiserende at skulle behandles i psykiatrisk regi.

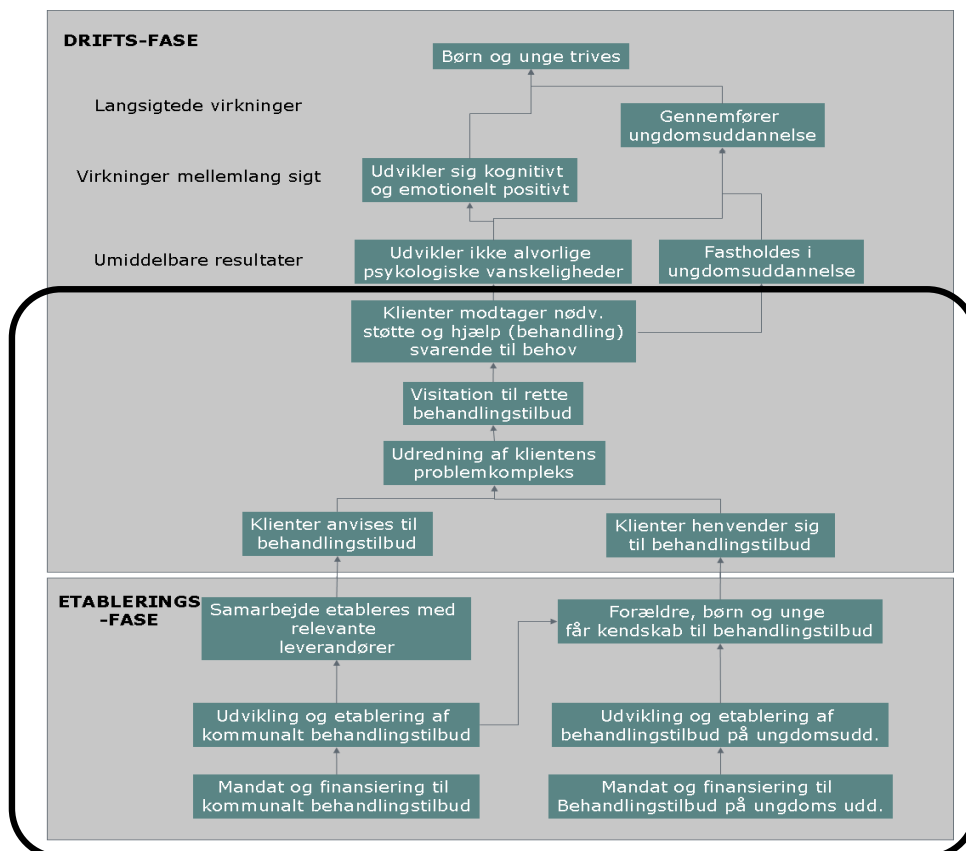
Både projekterne og en repræsentant for PPR på Bornholm påpeger endvidere, at den store efterspørgsel på tilbud til målgruppen også må ses i relation til, at PPR har ændret rolle gennem de seneste år som følge af blandt andet kommunalreformen. PPR udfører i dag i højere grad en konsultativ funktion i forhold til professionelle omkring barnet og er ikke i samme grad som tidligere involveret i konkret udredning og behandling. Det betyder, at projekterne i puljen varetager nogle af de opgaver, som tidligere er blevet løst i regi af PPR.

De kommune-rettede projekter udfylder således i en vis grad et udækket behov blandt målgruppen i form af behandlingstilbud til børn og unge med lettere psykiske vanskeligheder, der ikke kvalificerer til behandling i de eksisterende tilbud. Projekterne er endvidere supplement til de eksisterende tilbud, da der er en høj grad af samarbejde med PPR og den øvrige kommunale forvaltning. Projekternes formål er derfor at yde et relevant tilbud til børn, der falder mellem to stole og derved også forebygge, at de psykiske vanskeligheder udvikler sig og kræver psykiatrisk behandling.

## 4. PULJENS UDMØNTNING

I dette kapitel gennemgås erfaringer med den faktiske udmøntning af puljen. Her ses på, hvilke projekter der har fået midler under puljen, hvordan de har været organiseret, hvilken målgruppe de har haft, hvilken indsats de har givet, og hvorvidt projektet er forankret.

I nedenstående figur illustreres projekternes forløb for etablering over drift til resultater og effekt for børn og unge. Kapitlet beskæftiger sig med det skitserede felt, altså projekternes etablering og drift i forhold til at opspore, udrede og behandle børn og unge med psykiske vanskeligheder.



Kapitlet følger nedenstående struktur:

- Projekter, der fik midler
- Organisering
- Opsporing af børn og unge
- Målgruppe
- Indsats
- Forankring.

### 4.1 Hvilke typer tilbud fik midler?

I det følgende ses nærmere på de typer projekter, som fik tildelt midler i de kommune-rettede projekter og projekter på ungdomsuddannelser.

#### 4.1.1 Kommune-rettede projekter

I det følgende afsnit beskrives rammerne for og karakteristika ved de syv kommune-rettede projekter, som har fået støtte under puljen til psykologhjælp.

#### Type og volumen

Hensigten med pulje til psykologhjælp har overordnet været at tilbyde en tidlig indsats over for børn og unge, der ikke er i behandling i psykiatrien, men som har psykiske vanskeligheder. Børn

og unge, der modtager behandling eller udredning hos psykologerne, henvises fra flere forskellige områder.

Som beskrevet i forrige kapitel, skal de kommune-rettede projekter supplere relevante tilbud til børn, der befinder sig i en 'gråzone' mellem de eksisterende behandlingstilbud, og i særlig grad være forebyggende i forhold til de børn, der ikke har en tung nok lidelse til at modtage behandling i psykiatrien, men som er i risiko for med tiden at udvikle sig i den retning.

Nogle projekter har valgt at sætte fokus på særlige problemtyper. I Brøndby har man således valgt at fokusere på børn med problemtyper, der i dag er dårligst dækket af de eksisterende tilbud – det gælder fx danske børn/unge med adfærdsproblemer, piger med spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd, samt børn/unge med anden etnisk baggrund og adfærdsproblemer. Projektet i Aalborg omfatter også børn, som udskrives fra psykiatrisk udredning med en diagnose, og som har behov for efterbehandling, mens projektet i Haderslev udpeger børn med psykisk syge forældre samt børn fra skilsmissefamilier som dele af målgruppen. Projekterne er dog generelt åbne for børn og unge med lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder uanset type.

#### 4.1.2 Projekter på ungdomsuddannelser

I det følgende afsnit beskrives rammerne for og karakteristika ved de syv projekter på ungdomsuddannelser, som har fået støtte under puljen til psykologhjælp.

##### **Type og volumen**

De syv projekter på ungdomsuddannelser har til formål at mindske og forebygge omfanget af psykisk betinget frafald på ungdomsuddannelserne. Projekterne har inkluderet tilbud rettet mod social- og sundhedsskoler, erhvervstekniske uddannelser samt gymnasiale uddannelser.

Generelt er formålet at styrke de forebyggende psykologiske tilbud til studerende med begyndende psykiske problemer for derigennem at mindske risikoen for, at problemerne får eleverne til at falde fra uddannelsen. Psykologhjælpen er således ikke afgrænset til skoleproblematikker, snarere omvendt, og projekterne retter sig typisk mod alle elever med lettere/begyndende psykiske problemer.

*"Mit indtryk er, at det er den koordinerede indsats, der virker. Det er ikke ret tit, der er en ren psykologisk problemstilling, det er ofte ret komplekse problemstillinger, så hvis vi skal hjælpe dem videre, så skal det være gennem en koordineret indsats."* (psykolog, Viborg)

Det er en meget bred målgruppe, som har fået hjælp i projekterne på ungdomsuddannelser. Det har ifølge psykologerne ikke været hensigtsmæssigt med en afgrænsning i forhold til problemtype i disse projekter, da for mange ville blive afskåret fra muligheden for hjælp, og det passer dårligt med målsætningen om uddannelsesfastholdelse.

## **4.2 Projekternes organisering**

I dette afsnit belyses projekternes organisering og organiseringens betydning for, hvilke målgrupper og samarbejdsflader tilbuddet kommer til at rette sig mod.

### 4.2.1 Kommune-rettede projekter

De kommune-rettede projekter er bemandet med 1-4 psykologer pr. projekt, samt administrative medarbejdere.

Hovedparten af projekterne er organisatorisk placeret i den kommunale enhed, der beskæftiger sig med behandlingstilbud til børn/unge og deres familier. Visse af projekterne er forankret i PPR, mens andre er forankret i familieafdelingen.

Det fremhæves af en projektleder, at det er en fordel for projektet at være placeret i en større kommunal enhed, der varetager behandlingstilbud til børn/unge. Flere af projekterne vurderer, at det giver dem mulighed for at indgå i kommunale samarbejdsfora, der allerede er etableret, og hvor principielle beslutninger kan tages, bl.a. i relation til justering af arbejdsmetoder og målgrupper i forhold til de behandlingstilbud, der i forvejen findes i kommunen.

Casestudierne har belyst forskellige organiseringsmodeller. I Esbjerg er psykologhjælpen forankret i Børn og Kultur i kommunen sammen med det øvrige Psykologisk Center. Det har stor betydning for projektet, både praktisk og organisatorisk, at være i samme hus som kommunens øvrige psykologydelse til børn og unge, fordi det er nemmere at koordinere henvisninger indbyrdes og sørge for at tilbyde den rette hjælp til de relevante borgere. Organisatorisk giver det også mening, fordi placeringen understøtter fælles ledelse, sekretærbistand og supervision, og det giver et samlet billede af behovet for støtte på området. Psykologisk Center mangler en daglig leder, og psykologerne oplever, at der er lidt langt ind til kommunen, og at det derfor er svært at få en fornemmelse af kommunens planer på området, især i forbindelse med mulighed for forankring af projektet.

I Aalborg er psykologhjælpen organisatorisk forankret i Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen og placeret i samme hus og med samme leder som Familiecenteret og andre behandlingstilbud for børn og unge i kommunen. Placeringen har haft betydning for en præcis målgruppeafgrænsning og et velfungerende samarbejde med de øvrige tilbud. Derudover har det betydet en afgrænsning fra social- og myndighedsområdet, som psykologerne har oplevet som hensigtsmæssig for deres målgruppeafgrænsning fra de socialt belastede børn.

I Aarhus er projektet forankret i Børne- og Ungeforvaltningen og fysisk placeret på socialcentre. Årsagen til placeringen, fortæller projektlederen, havde at gøre med at sikre sagstilgang gennem kendskab til tilbuddet. Der har været meget utilfredshed med placeringen fra psykologerne, som manglede faglig ledelse og fællesskab. Den første projektleder forsvarede fortsat placeringen på socialcentre, idet hun mener, at placeringen har haft stor betydning for, at projektet er blevet kendt blandt henvisere. Psykologerne mener, at placeringen har betydet et for stort fokus på målgruppen med sociale problemer.

I Herning er psykologhjælpen placeret på to døgninstitutioner, som arbejder med hhv. børn og unge, men den er organisatorisk forankret i kommunen i Børn og forebyggelse. Styregruppen mener, at placeringen har været hensigtsmæssig for ekspertisen på de to områder og omvendt uhensigtsmæssig har det været en udfordring at få det til at harmonere, når der har været et stort pres på det ene område. Fra lederen af døgninstitutionen for børn lyder det, at det har været en udfordring at implementere psykologhjælpen, fordi psykologen ikke har haft arbejdsrelation til huset ud over placeringen. Psykologerne har også oplevet opdelingen som en udfordring:

*"Jeg tænker, at det er fint nok, at vi er placeret uden for det etablerede som en selvstændig enhed. Det synes jeg er rigtig godt. Men når det så er sagt, så kunne det være i vores interesse, at vi var placeret mere som en specialenhed – måske som en enhed. Altså, det at projektet er fordelt ud på to steder og egentlig også med to ledere, det har egentlig givet noget besvær. Der er nogle fordele ved at sidde på specialinstitutionerne, særligt for mig der har en halv stilling, for der har været synergieffekt, så det basker. [...] Men det, at vi har siddet to steder, har været besværligt."* (Psykologer, Herning).

Projekternes refleksioner over de forskellige organiseringsmodeller viser, at det har stor betydning for projektets samarbejdsflade og målgruppe, hvordan tilbuddet er forankret. Hvis projekterne eksempelvis placeres fysisk i socialcentre, som det er tilfældet i Aarhus, vil vægten hurtigt komme til at ligge på børn og unge med tungere sociale problemer. Der er ikke på baggrund af projekternes erfaring indikationer af, at den ene placering er bedre end den anden, men at det strategisk bør overvejes, hvilke behov man har i den enkelte kommune, og hvilke målgrupper, samarbejdspartnere mv. tilbuddet om psykologhjælp primært skal rette sig mod.

#### 4.2.2 Projekter på ungdomsuddannelser

For projekterne på ungdomsuddannelser gælder det, at de alle er ledet af en styregruppe (dog er et par af projekterne gået væk fra denne model). Projekterne er for fire projekters vedkommende forankret hos konkrete uddannelsesinstitutioner, mens tre har den kommunale myndighed som ansøgende instans. De enkelte projekters forankring fremgår af nedenstående tabel.

**Tabel 4.1: Projekternes forankring**

Projekter	Forankret i kommunen	Forankret på en uddannelsesinstitution
"Psykologisk rådgivning og støtte til frafaldne elever", Brøndby		X
"Etablering af anonym psykologrådgivning for unge" på Lolland	X	
"Fastholdelse i ungdomsuddannelserne " i Ungdommens Uddannelsesvejledning Nordvestsjælland		X
"Etablering af åben, anonym psykologrådgivning for unge på ungdomsuddannelserne" i Næstved Kommune	X	
"Etablering af psykologisk behandlingstilbud til ungdomsuddannelsen" i PPR Odense	X	
"Hold fast" på Randers Tekniske Skole		X
"Psykologhjælp til unge" på Mercantec, Viborg		X

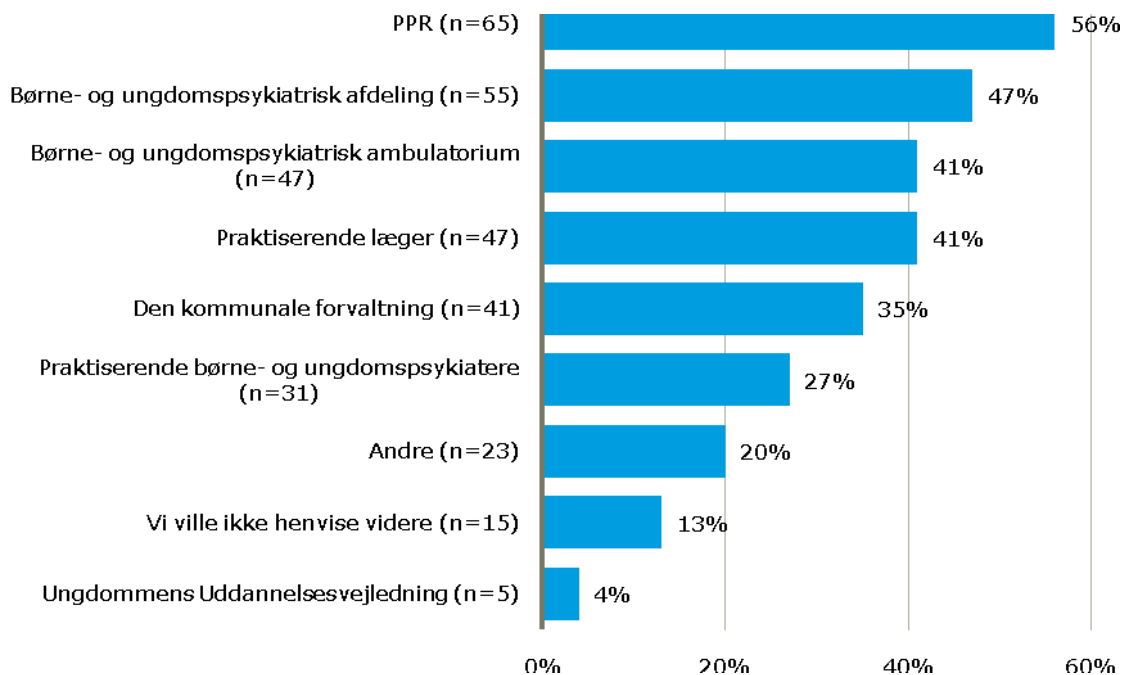
Projekterne i Næstved, Lolland og Odense er forankret i kommunen, mens de resterende projekter (EUC Vestsjælland, Randers, Viborg og SOSU C) er forankret på uddannelsesinstitutioner. Psykologerne kommer i alle projekterne ud på uddannelsesinstitutionerne. Ofte har psykologerne et kontor i kommunen eller på en uddannelsesinstitution, hvor de fast sidder en dag om ugen. Herudover bevæger de sig rundt på forskellige uddannelsesinstitutioner.

#### 4.3 Opsporing og henvisning af børn i de kommune-rettede projekter

Afsnittet sætter fokus på erfaringerne vedrørende opsporing i de kommune-rettede projekter, dvs. de projekter, der er rettet mod at tilbyde børn og unge psykologbehandling for derigennem at mindske behovet for henvisninger til psykiatrien.

Kendetegnende for alle projekterne i de kommune-rettede projekter er, at de ikke selv foretager opsporingen af de børn og unge, der tilbydes behandling i projektet. I stedet indgår projekterne i en række samarbejdsrelationer med forskellige aktører, som enten opsporer eller viderehenviser børn og unge til projekterne. Det drejer sig især om PPR (Psykologisk Pædagogisk Rådgivning i kommunerne), kommunale sagsbehandlere, praktiserende læger og forældrene til børnene og de unge – men projekterne samarbejder også med skoler, sundhedsplejersker, døgninstitutioner og psykiatrien om at få opsporet og viderehenvist børn og unge.

Henvisningerne til projekterne kommer fra en bred vifte af aktører, og heriblandt er PPR, praktiserende læger, forældre og kommunale sagsbehandlere gennemgående. I nedenstående tabel ses det, hvem samarbejdspartnerne for de kommune-rettede projekter ville henvise til, hvis de ikke kunne henvise til projektet.

**Figur 4.1: Hvis I ikke kunne henvise til projektet, hvor ville I så typisk henvise til? (n=116)**

Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse med interessenter, 2011

Som det ses af figuren, fordeler svarene sig forholdsvis bredt, dog med særlig vægt på PPR og Børne- og ungepsykiatrien. De kommune-rettede projekter aftager således udsatte børn og unge fra et bredt spektrum af instanser, hvilket illustrerer den relativt vidtfavnende funktion, som projekterne varetager som forebyggende led mellem henvisere og det ordinære behandlingssystem.

Nedenfor uddybes opsporingserfaringerne fra de væsentligste samarbejdspartnere for de kommune-rettede projekter.

#### 4.3.1 Opsporing via praktiserende læger

De privatpraktiserende læger er en central opsporingsskilde for mange af projekterne. Blandt andet projekterne i Aarhus, Esbjerg og på Bornholm nævner lægerne som en helt central kilde til opsporing af børn og unge med begyndende psykiske problemer. Lægerne kommer i kontakt med både mange unge med lettere psykiske problemer og mange forældre til børn med psykiske eller adfærdsmæssige problemer – og ofte oplever lægerne, at de mangler et sted at henvise børnene og de unge til. Hvis problemerne for eksempel er udtryk for en krise- eller belastningsreaktion (fx som følge af forældrenes skilsmisse) eller kun er af lettere karakter, afvises børnene typisk af psykiatrien. Derfor giver projekterne lægerne en mulighed for at tilbyde hjælp, som de tidligere har manglet.

Flere projekter påpeger endvidere, at de praktiserende læger er den centrale kilde til henvisninger til psykiatrien. I lyset af projektpuljens formål med at mindske behovet for henvisning til psykiatrien har det derfor været oplagt at anvende lægerne som kilde til at opspore gråzone-tilfældene. Flere projekter nævner i den forbindelse, at ud over at projekterne kan tilbyde en tidlig, forebyggende indsats, har de også en rolle som kvalificerende mellempart, der sikrer en grundigere udredning og mere kvalificerede henvisninger, i de tilfælde hvor der alligevel bliver behov for at involvere psykiatrien.

Det generelle indtryk fra projekterne er, at der er meget stor efterspørgsel på tilbuddet blandt de praktiserende læger, og at man også i høj grad når en relevant målgruppe. Det påpeges dog af enkelte, at børnenes og de unges problemer ofte har nået et relativt fremskredent stadie, før forældrene eller den unge henvender sig til lægen, og at man derfor ikke altid får opsporet børnene og de unge tilstrækkeligt tidligt ad denne vej.

#### 4.3.2 Opsporing via kommunale sagsbehandlere

De kommunale sagsbehandlere er en central samarbejdspartner for hovedparten af projekterne. Som beskrevet ovenfor, har hovedparten af projekterne dog oplevet, at de børn og unge, som henvises af de kommunale sagsbehandlere, ofte er præget af mere omfattende sociale problemer i form af bl.a. omsorgssvigt, forældre med misbrug, vold eller overgreb i hjemmet mv. Projekterne vurderer derfor, at deres tilbud om et kortere terapiforløb på omkring 10 samtaler ikke altid er tilstrækkeligt eller det rette tilbud til de pågældende børn og unge. Mange har derfor afvist en del sager fra de kommunale sagsbehandlere.

Undersøgelsen afdækker, at de sager, der henvises via socialrådgiverne, kan kompliceres af, at der ofte skal foretages en § 50-undersøgelse af barnet/den unge. Det tager op til 4 mdr. og kan betyde, at de begyndende psykiske problemer når at udvikle sig til noget mere alvorligt, før projektet opstarter et forløb med barnet. I projektet i Aarhus havde man indledningsvist et krav om, at der skulle foreligge en § 50-undersøgelse, før et barn eller en ung kunne henvises til projektet. Dette krav har man siden afskaffet, netop fordi det forsinkede sagsgangen og desuden betød, at det ikke var den ønskede målgruppe, som blev visiteret til projektet.

#### 4.3.3 Opsporing via forældre

De kommune-rettede projekter har siden midten af projektperioden alle været åbne for direkte henvendelser fra forældre til børn og unge med begyndende psykiske problemer. Flere af projekterne betragter dette som afgørende i forhold til at sikre tidlig og ikke mindst en tilstrækkelig bred opsporing. Projekternes erfaring er, at en del psykiske problemer hos børn og unge primært er synlige for forældrene, og at man derfor risikerer at overse dem, hvis projekterne ikke er åbne for direkte forældre henvendelse. Det kan fx dreje sig om angstproblematikker eller OCD-lignende adfærd, som ikke nødvendigvis er tydelig i skole- eller institutionssammenhæng, men som i høj grad er tydelig i familielivet og i forholdet mellem forældrene og barnet.

Kontakten til forældrene er typisk skabt via information fra professionelle, fx sundhedsplejersker, læger eller PPR. Halvdelen af projekterne har også gode erfaringer med at opspore relevante familier i de forskellige åbne rådgivninger, der findes i kommunerne, fx i familiehus, hos PPR eller i ungdomscentre. Det oplever projekterne som en god indgang til at komme i kontakt med familier, som ellers ikke figurerer i det sociale system.

#### 4.3.4 Opsporing via psykiatrien

Mange af projekterne samarbejder med psykiatrien i den forstand, at de modtager henvisninger fra psykiatrien og selv viderehenviser børn til psykiatrien. Henvisningerne udgør typisk kun en mindre del af de børn og unge, som projekterne gennemfører forløb for. I projektet i Aarhus har man imidlertid ikke haft succes med at rekruttere deltagere fra psykiatriens ventelister eller blandt de børn og unge, der blev afvist i psykiatrien, og projektet er derfor gået helt bort fra at forsøge at opspore målgruppen ad denne vej. Den manglende henvisning fra psykiatrien forklares af projektlederen med, at Børne- og ungdomspsykiatrien gennem længere tid udelukkende har taget sig af en meget afgrænset målgruppe, og at henviserne til psykiatrien derfor ikke henviser børn og unge med lettere psykiske problemer til psykiatrien.

Flere af de projekter, der modtager børn og unge henvist fra psykiatrien, påpeger, at de børn og unge, som afvises af psykiatrien, ofte viser sig alligevel at have mere gennemgribende problemer. Det gælder blandt andet projektet i Esbjerg:

*"Vi har en fjerde henvisende instans – det er psykiatrien. Det er nogle af dem, de afviser, hvor vi ikke altid enige i, at det ikke er psykiatri. Vi har genhenvist en del til dem. Det er meget omkring autismspekterforstyrrelser, Aspergers osv. Der synes vi, de er tilbøjelige til at underdiagnosticere. Vi ser mange, som er dybt særlige, og som svarer til de diagnoser. Vi er meget forundrede over, at de afviser dem. Det er næsten hver uge, vi har nogle. Mange af de børn har været rundt om børne- og ungdomspsykiatrien med måske kun en enkelt samtale... hvor vi siger, at det ikke kan være rigtigt [at de skal afvises]. Der hjælper vi nogen gange familierne til en anden psykiatrisk afdeling, fx i Kolding, og det vækker en del opstyr..." (projektet i Esbjerg)*

Også i Aalborg har man oplevet, at mange af de børn og unge, som viderehenvises fra psykiatrien, reelt har langt tungere problematikker end psykologprojekterne er beregnet til. Vurderingen er, at dette kan skyldes det store pres på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger – i Aalborg er der eksempelvis op til 5 års ventetid på en udredning, hvilket selvsagt medfører et stort behov for alternative steder at henvise børnene til.

#### 4.3.5 Opsporing via sundhedsplejen, skoler, daginstitutioner mv.

Det er kendetegnende for projektpuljen, at projekterne kun får en mindre andel af deres henvisninger fra normalsystemet, dvs. fra institutioner, skoler og sundhedsplejen. Flere af projekterne samarbejder med sundhedsplejen (sundhedsplejen på skolerne) men får typisk kun henvist en mindre andel af deres børn og unge derfra. Enkelte projekter samarbejder også med skoler og daginstitutioner, men det er kun projekterne i Haderslev og Brøndby, der nævner skolerne som væsentlige kilder til at opspore børn i målgruppen. Flere af projekterne nævner dog, at AKT-lærerne (Adfærd-Kontakt-Trivsel) ville være et oplagt sted at sætte ind for at sætte mere fokus på tidlig opsporing af børn og unge i skoleregi, fx i form af flere efteruddannelsestiltag med fokus på psykiske problemer hos børn. Flere projekter nævner endvidere, at den sparring og rådgivning, de yder til lærerne omkring de behandlede børn, også er med til at skærpe bevidstheden om og forståelsen af børns psykiske problemer – og dermed også på længere sigt kan gøre det nemmere for lærerne at få øje på de pågældende børn.

Børneambulatorier på somatiske hospitaler henviser i flere kommuner også børn med psykosomatiske symptomer til psykologerne i stedet for til psykiatrien. Også i forbindelse med casestudierne har vi mødt samarbejdspartnere til psykologhjælpen, som har fortalt, at de har henvist et antal børn til psykologhjælpen, som de ellers ville have henvist til psykiatrien.

## 4.4 Samarbejdet med andre aktører

I det følgende afsnit behandles samarbejdspartneres vurdering af projekter. Først behandles samarbejdspartneres syn på samarbejdet for henholdsvis de kommune-rettede projekter og projekter på ungdomsuddannelser.

### 4.4.1 Samarbejdsformer og deres drivkræfter og barrierer – kommune-rettede projekter

Flere af projekterne oplever, at deres samarbejdspartnere (PPR, den kommunale forvaltning og Børne- og ungdomspsykiatrien) er presset i forhold til tid og ressourcer, hvilket besværliggør et samarbejde.

Flere af projekterne har haft problemer med at etablere et samarbejde med Børne- og ungdomspsykiatrien i opstarten. Dog fremhæver projekterne i Aalborg, Brøndby, Haderslev, Esbjerg og på Bornholm, at de samarbejder med Børne- og ungdomspsykiatrien.

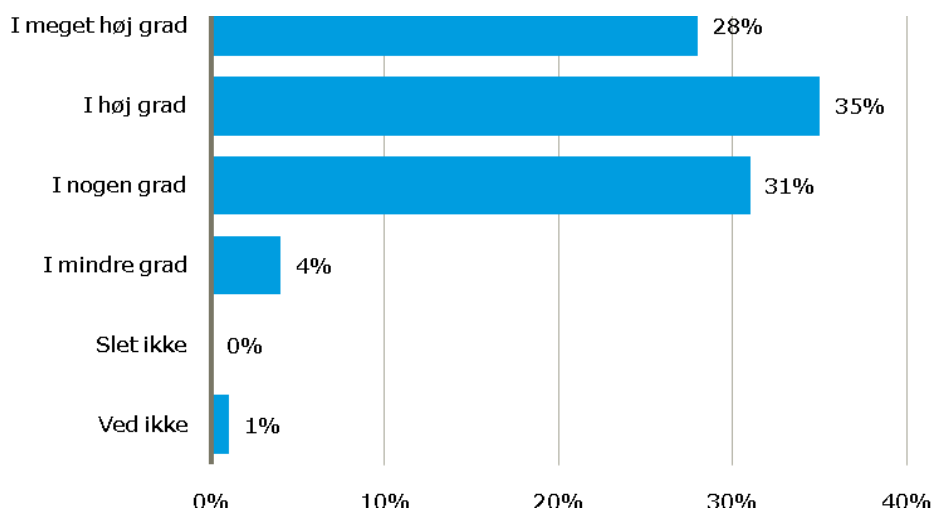
Projekterne fremhæver problemstillinger i forhold til tværfagligt samarbejde, fx ved inddragelse af forskellige offentlige instanser, som fx skoler, PPR mv.

I alt 96 samarbejdspartnere fra de otte projekter har deltaget i en interessentundersøgelse – den seneste runde af disse var i 2011. I det følgende trækkes nogle af de mest interessante resultater frem. De interessenter, som har angivet, at de ikke har kendskab til projektet, har kun besvaret første spørgsmål i spørgeskemaet, hvorfor der reelt kun er 85 respondenter i alt.

Det er gennemgående lykkedes projekterne at udbrede kendskabet til deres arbejde. 73 pct. af interessenterne har et stort eller et vis kendskab til det projekt, de er tilknyttet, mens kun 11 pct. intet kendskab til projektet har.

Samarbejdspartnerne er positive i forhold til projekternes visitation, som det fremgår af nedenstående figur.



**Figur 4.2: I hvilken grad oplever I visitationen som enkel og hurtig? (n=74)**

Således vurderer 63 pct. af samarbejdspartnerne, at projekternes visitation i høj eller i meget høj grad er enkel og hurtig, mens 35 pct. vurderer, at den i nogen eller i mindre grad er enkel og hurtig.

Samarbejdspartnerne har dog ikke et lige så tydeligt billede af projekternes målgruppe. Kun 51 pct. anser den som klart defineret i meget høj eller i høj grad, mens 44 pct. anser den som klart defineret i nogen eller i mindre grad.

#### *Samarbejdet med børne- og ungdomspsykiatrien*

Casestudierne viser, at der i Herning er etableret et samarbejde med psykiatrien. Et medlem af psykologhjælpens styregruppe samarbejder med psykiatrien i anden sammenhæng, så der har været personkendskab og ledelsesforankring af samarbejdet. Der er ikke blevet etableret en direkte forbindelse mellem psykologerne og psykiatrien i de øvrige kommune-rettede projekter. Der er et samarbejde på vej i Aalborg og et samarbejde med en psykiatrisk sygeplejerske i Esbjerg. Psykiatrien henviser børn til psykologerne i Herning, men ikke andre af projekterne – her skal de selv finde behandlingsmuligheden. Derfor vides det ikke, om psykologhjælpen generelt har aflastet psykiatrien. I Herning har der været en stigning i antallet af henvendelser til psykiatrien, og psykologerne ved derfor ikke, om de har aflastet psykiatrien:

*”Det er jo svært at sige, fordi de [psykiatrien] oplever jo også en stigning, så spørgsmålet er, om stigningen ville have været højere, hvis vi ikke havde været der – det kan være svært at sige. De tager jo hurtigt vores sager, fordi de er meget velunderbyggede, når vi sender nogen ind, og samtidig med har de jo hurtig behandling. Så jeg kan forestille mig, at de synes, det er dejligt at kunne sige: prøv psykologhjælpen.” (Psykolog, Herning)*

Der er ikke stor forskel på henvisningsprocedurerne i de forskellige kommune-rettede projekter. Alle projekter i casestudierne tilbyder, at forældre og børn/unge selv kan henvise, og det samme kan professionelle omkring barnet. Projekterne har hver deres henvisningsskema, som findes på nettet eller fysisk hos projekternes samarbejdspartnere.

- 4.4.2 Samarbejdsformer og deres drivkræfter og barrierer – projekter på ungdomsuddannelser  
Både projekter og samarbejdspartnere vurderer generelt, at der er et positivt samarbejde mellem projektet og samarbejdspartnere på uddannelsesinstitutionerne (mentorer, kontaktlærere og studievejledere).

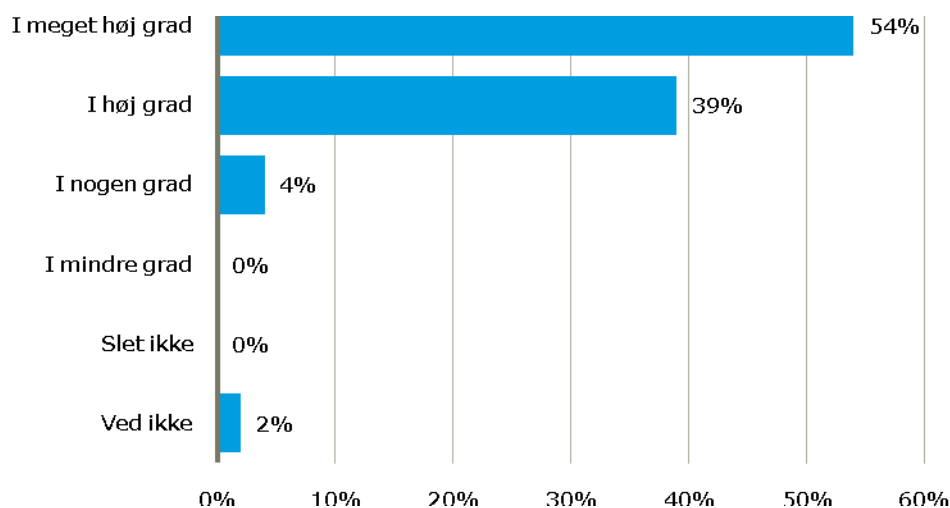
Generelt vurderer samarbejdspartnerne, at projekterne udfylder et relevant behov, og at behandlingen har en god effekt på de unge.

I alt 126 samarbejdspartnere fra de otte projekter har deltaget i interessentundersøgelsen. I det følgende trækkes nogle af de mest interessante resultater frem. De interessenter, som har angivet, at de ikke har kendskab til projektet, har kun besvaret første spørgsmål i spørgeskemaet, hvorfor der reelt kun er 112 respondenter i alt.

Størstedelen af de adspurgte interessenterne har et stort kendskab til det projektet, de er tilknyttet. Således angiver 56 pct. af samarbejdspartnere, at de har et stort kendskab til projektet, 31 pct. at de har noget kendskab til projektet, 6 pct. at de har et mindre kendskab, og 7 pct. at de intet kendskab har. Dette skal ses i forhold til, at 93 pct. (78) af samarbejdspartnere har henvist til projekterne.

Ud af de 112 samarbejdspartnere, som har henvist til projektet, oplevede 93 pct. af samarbejdspartnere i høj eller i meget høj grad visitationen som enkel og hurtig, og 4 pct. oplevede den i nogen grad som enkel og hurtig, hvilket fremgår af nedenstående figur.

**Figur 4.3: I hvilken grad oplever I visitationen som enkel og hurtig? (n=112)**



Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse med interessenter, 2011

#### 4.5 Målgruppe

Dette afsnit sætter fokus på at beskrive, hvilke grupper af børn og unge der har modtaget tilbud fra projekterne i puljen.

##### **De kommune-rettede projekter – modtagere af tilbuddene**

Projekterne har defineret forskellige aldersmæssige afgrænsninger af målgruppen. Således er projekternes målgrupper afgrænset til følgende alder: 0-18 år (Bornholm og Herning), 4-18 år (Esbjerg), 12-18 år (Brøndby), 0-13 år (Aarhus Socialcenter), 14-18 år (Aarhus Ungdomscenter) og 3-14 år (Aalborg).

De kommune-rettede projekter har samlet set gennemført behandling og/eller udredning for 1606 børn og unge, hvoraf 1210 har afsluttet et forløb.

I alt har projekterne afvist 463 børn og unge, og 223 er videre visiteret til et andet tilbud.

I nedenstående tabel fremgår antallet af modtagere mv. for de enkelte projekter.

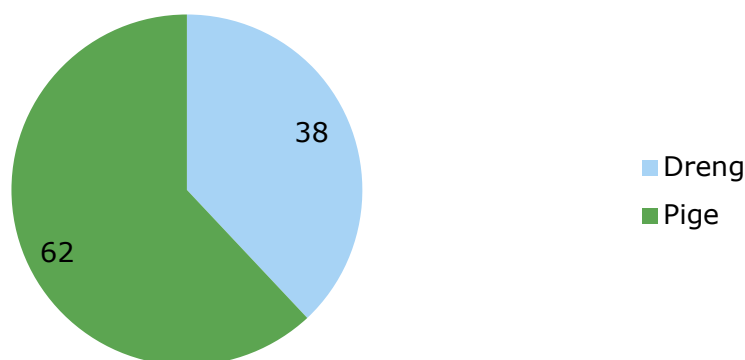
**Tabel 4.2: Antal børn og unge i projekterne**

Projekt	Antal henviste børn og unge	Antal afviste børn og unge	Antal børn og unge, der har modtaget/modtager behandling og/eller udredning	Antal afsluttede forløb	Antal videre-visiterte
Bornholm	159	7	152	119	26
Brøndby	259	32	227	123	2
Esbjerg	415	111	304	226	19
Haderslev	211	11	170	127	18
Herning	244	98	146	95	104
Århus	557	141	416	341	84
Aalborg	278	63	214	180	26
I alt	2123	463	1629	1211	279

Kilde: Projekternes egne opgørelser pr. nov. 2011 suppleret med data fra den løbende projektmonitorering fra Rambøll Results, 2007-2011.

De børn og unge, der har modtaget behandling eller udredning i projekterne, kan karakteriseres ved, at de har lette psykiatiske symptomer, falder uden for psykiatriens henvisningskriterier, og at deres problemer ikke skyldes skoleproblematik eller sociale forhold.

Et karakteristikum for målgruppen er, at knap to-tredjedele er piger, hvilket fremgår af nedenstående figur.

**Figur 4.4: Kønsfordeling, kommune-rettede projekter**

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse (førmåling) blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i de kommune-rettede projekter. N=557

Kønsfordelingen for de kommune-rettede projekter afspejler, at der er en overrepræsentation af piger, der har modtaget hjælp i regi af puljen. Dette skal sammenholdes med, at lige over halvdelen af de børn, der henvises til udredning i psykiatrien, er drenge. Dette indikerer, at psykologhjælpen således har været udmøntet i en sådan form, at behandling i højere grad henvender sig til piger – eller under alle omstændigheder har henviserne anskuet tilbuddene som i højere grad relevante for piger med psykiske vanskeligheder.

Psykologerne har især behandlet klassiske, følelsesmæssige, emotionelle forstyrrelser som angst, social forbi og depression. Psykologerne får også ind imellem børn i behandling, som står i kø til at få en diagnose, fx med OCD, Asperger, ADHD-symptomer eller lignende, og så laver psykologerne ofte (afhænger lidt af tilbud) et forarbejde til den psykiatiske undersøgelse. Efter en psykiatrisk undersøgelse hænder det, at børnene kommer tilbage til psykologbehandling.

Projekterne oplyser, at de problemstillinger, som børnene og de unge er henvist til projekterne med, spænder bredt, men at der typisk er tale om børn og unge med lettere former for angst,

depression, spiseforstyrrelse, selvskadende adfærd, impulspræget adfærd, isolationstendenser, lettere forbier, tvangspræget adfærd eller socio-emotionelle vanskeligheder, fx på grund af forældrenes skilsmisse eller på grund af psykisk syge forældre. Nogle projekter fremhæver desuden, at de gennemfører behandling af børn/unge med ADHD. Denne type behandling er ofte i samråd med barnets egen læge, privatpraktiserende psykiater eller speciallæge, da den kognitive adfærdsterapi (eller anden behandling) typisk ikke kan stå alene, men ligeledes kræver medicineret af barnet/den unge.

Flere af projekterne oplever, at en del af de børn og unge, som bliver henvist til projektet, viser sig at have en vanskeligere psykiatrisk problematik end angivet i henvisningen. Et projekt fremhæver et eksempel, hvor et barn henvises til projektet af sin egen læge på grund af tristhed. Men gennem projektets behandling bliver det tydeligt, at barnet reelt er autist. I den forbindelse fremhæver flere projekter, at det ville gøre deres arbejdsvilkår lettere, hvis der var etableret et tættere samarbejde med Børne- og ungdomspsykiatrien, således at en eventuel diagnose hurtigt kan stilles og en medicineret igangsættes. Samarbejdet med Børne- og ungespsykiatrien uddybes i afsnit 4.4.

### Projekter på ungdomsuddannelser – modtagere af tilbuddene

Målgruppen for projekterne på ungdomsuddannelser er aldersmæssigt afgrænset til 25 år, da dette er Undervisningsministeriets aldersgrænse for unge på ungdomsuddannelserne. Det har ikke været hensigtsmæssigt med en yderligere aldersafgrænsning i disse projekter.

Projekterne på ungdomsuddannelser har samlet set gennemført behandling og/eller udredning for 5.278 elever, hvoraf 4.397 har afsluttet et forløb. Et forløb kan dog have meget forskellig karakter, da nogle elever får 1-2 samtaler, mens andre indgår i en decideret psykologisk behandling.

I alt har projekterne afvist 21 børn og unge, og 320 er videre visiteret til et andet tilbud.

I nedenstående tabel fremgår antallet af henviste unge, de afviste samt dem, der har modtaget behandling mv. for de enkelte projekter.

**Tabel 4.3: Antal henviste og afviste unge i projekterne på ungdomsuddannelser**

Projekt	Antal unge der har modtaget/				
	Antal henviste/henvendte unge	Antal afviste unge*	modtager behandling og/eller udredning	Antal afsluttede forløb	Antal videre visiterede
Brøndby	429	0	386	352	81
Lolland	849	19	830	759	5
Næstved	954	0	954	954	10
Nordvestsjælland	1093	0	1093	611	128
Odense	1010	0	1010	873	13
Randers	516	2	514	411	60
Viborg	491	0	491	437	23
I alt	5342	21	5278	4397	320

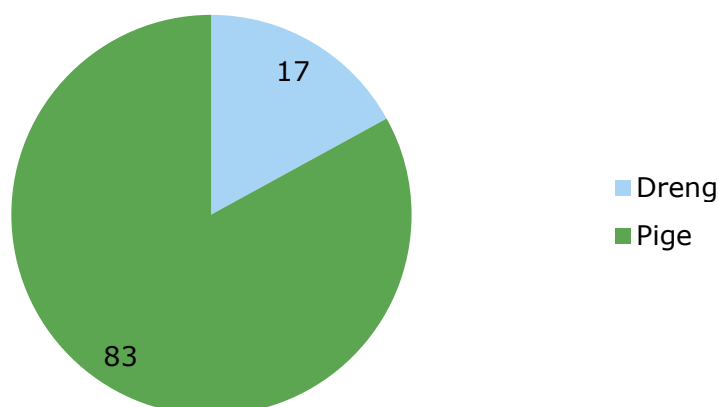
Kilde: Projekternes egne opgørelser pr. nov. 2011 suppleret med data fra den løbende projektmonitorering fra Rambøll Results, 2007-2011.

\*Projekterne har typisk ikke medregnet henvendelser fra unge, der falder uden for målgruppen (+25 år), som der dog også kommer enkelte henvendelser fra.

Modtagerne af indsatsen er alle indskrevet på en uddannelsesinstitution. Det varierer fra projekt til projekt, hvordan de unge kommer i kontakt med projekterne. Alle projekterne modtager henvendelse fra mentorer, kontaktlærere eller lignende. Herudover har de unge i Viborg, Næstved og Brøndby mulighed for selv at opsøge psykologerne i projektet med henblik på hjælp.

I nedenstående figur ses andelen af piger og drenge i projekter på ungdomsuddannelser.

**Figur 4.5: Kønsfordeling, projekter på ungdomsuddannelser**



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse (førmåling) blandt elever, der har modtaget behandling i projekter på ungdomsuddannelser. N=935

Det er meget markant, at 83 pct. af deltagerne i projekter på ungdomsuddannelser er piger. Denne kønsfordeling skal ses på baggrund af, at det både er elever, der selv henvender sig, men også elever, der henvises gennem diverse samarbejdspartnere. Psykologerne i projekterne udtaler, at det typisk er piger, der henvender sig og bliver henvist, idet de psykiske vanskeligheder, som projekterne behandler, typisk er 'pigeproblematikker', mens drengene ofte vil være mere udadreagerende. Ud fra en kritisk betragtning er det problematisk, at behandlingen i så høj grad henvender sig til piger, idet projekterne derved ikke formår at nå drenge med psykiske vanskeligheder i tilstrækkelig grad.

I forhold til frafald er der ikke tegn på, at piger i højere grad end drenge er frafaldstruede. Data fra Danmarks Statistik viser, at mænd og kvinder i stort set lige høj grad falder fra erhvervsuddannelser.<sup>14</sup>

Eleverne, der kommer i kontakt med projekterne, har forskellige problemstillinger, men der er ofte tale om elever med angst, lavt selvværd/selvtillid, identitetsproblematikker, familieproblematikker (alkoholmisbrug, vold, skilsmisse, dødsfald), tidligere ubearbejdede oplevelser, sorg, traumer, spiseforstyrrelse, selvskadende adfærd og/eller misbrug.

Flere af projekterne oplever ofte, at de unge har behov for supplerende hjælp, bl.a. i form af boligvisning hos en kommunal sagsbehandler.

Fælles for projekterne er deres fastholdelsesperspektiv på uddannelsesinstitutionen i forhold til målgruppen, hvilket betyder, at behandlingen skal tjene fastholdelse og ellers ikke kvalificeres som behandling i regi af projektet. Endvidere skal de unges problemer kunne behandles i løbet af et afgrænset antal samtaler.

To af projekterne på ungdomsuddannelser har fået flere henvendelser til psykologhjælpen fra de gymnasiale uddannelser end forventet. De unge på gymnasierne har hovedsagligt haft andre problematikker end unge på de øvrige uddannelser. I Randers ser de en del med stress og depressioner fra gymnasiegruppen *"Det er simpelthen hårdt at gå i gymnasium, de presser sig selv, og de vil gerne præstere, og det kan man jo ikke blive ved med."* (Psykologer, Randers). I Viborg oplever psykologen, at det er angst, depression og familieproblematikker, der især fylder på de gymnasiale uddannelser.

På det erhvervstekniske område oplever de også problemerne, som de ser på gymnasierne. Der til kommer også mange elever med overblik- og planlægningsvanskeligheder, koncentrationsvanskeligheder, sociale vanskeligheder, samt fra SOSU-skolen og produktionsskolen er der elever

<sup>14</sup> Nyt fra Danmarks Statistik, 2. august 2011, nr. 352.

med dårlige kognitive forudsætninger, som ofte er henvist pga. angst eller depressive tendenser. Generelt har mange af de henviste elever komplekse problemer, "de er multiramte" (Psykolog Randers)

*"Det er ikke en homogen gruppe, der er store forskelle på dem, både i forhold til baggrund og alder. Vores [erhvervstekniske] elever strækker sig fra 15-46 år, med bred etnicitet og social klasse. Af de yngste er det ofte sociale problemstillinger. [...] Hvis der skal være en fællesnævner, er det strukturelle problemer. Men det er stadig en meget bred gruppe, det handler om."* (Samarbejdspartner, Viborg).

#### 4.6 Hvilken type behandling fik de?

I det følgende ses nærmere på de forskellige behandlingstilbud, som de unge modtager i de kommune-rettede projekter og projekter på ungdomsuddannelser.

##### 4.6.1 Kommune-rettede projekter

Alle projekter anvender kognitive metoder, men samtidig understreger flere af projekterne deres metodiske grundlag som eklektisk, da projekternes psykologer tilrettelægger behandlingen ud fra barnets vanskeligheder og dermed arbejder med udgangspunkt i forskellige metoder. I Herning benytter de især kognitiv, narrativ og psykodynamisk tilgang i behandlingen. Endvidere tilbyder de i Esbjerg, Herning og Aarhus også legeterapi til de mindste, ligesom man i Esbjerg, Aarhus og Aalborg anvender forskellige psykologiske test af børnene i forbindelse med udredninger/psykologiske undersøgelser, fx til at vurdere deres kognitive udvikling eller ved mistanke om mere dybdegående psykiatriske problemstillinger, som skal behandles medicinsk.

*"Hvis du har et barn med kognitive vanskeligheder, så er det forståelsen, der skal fokuseres på og hvis du har et barn med overbliksvanskeligheder, så skal behandlingen give overblik."* (Psykologer, Aarhus).

Ud over at variere i forhold til forskellige metoder og tilgange varierer tilbuddene også i forhold til varighed og form. Nedenstående tabel viser det typiske omfang af den individuelle behandling samt evt. gruppebehandling.

**Tabel 4.4: Oversigt over behandlingsforløbenes varighed**

Projekt	Individuelle samtaler	Grupper
Bornholm	10-25 timers terapi	-
Brøndby	1 samtale om ugen i 2-9 måneder	-
Esbjerg	Gennemsnitlig 10-15 samtaler	-
Haderslev	5-20 individuelle samtaler	10 deltagere mødes hver 14. dag
Herning	12-15 sessioner	-
Aarhus Ungdomscenter	12-20 sessioner	-
Aarhus Socialcentre	Stor variation, forskellige terapiformer typisk min. 3 mdr.	-
Aalborg	Stor variation	-

Som det ses af tabellen, er indsatsstyperne i de kommune-rettede projekter primært individuelle samtaler, som regel med deltagelse af barnets forældre, med mindre barnet er stort nok til at arbejde med psykologhjælpen uden støtte. I Herning har de erfaring med at give forældre øvelser med hjem, når de ikke deltager i de unges psykologhjælp.

Omfanget af de individuelle samtaler varierer mellem projekterne, og der er ligeledes forskel på, i hvor høj grad de enkelte projekters tilbud er 'standardiseret' i omfang, idet enkelte projekter opererer med helt frie rammer i forhold til længden og omfanget af behandlingen.

De kommune-rettede projekter har ikke brugt gruppebehandling systematisk. Der har været enkelte forløb med gruppebehandlinger, fx har Aarhus haft en forældregruppe til forældre til børn

med eksekutive vanskeligheder. Her havde alle forældrene deltaget i individuelle behandlinger med deres børn og blev inviteret til gruppen for at vedligeholde den gode udvikling.

*"Til denne type diagnoser taler man om, at det kun er forældrene, der kan ændre adfærd, og det er nemmere at tale om i en stor gruppe, det er samme vilkår for alle, og det er på grund af barnets vanskeligheder og ikke en bebrejdelse af forældrene."* (Psykologer, Aarhus).

Projektet "Grupper for børn og unge" i Haderslev er det projekt, der afholder flest gruppeterapi-forløb. Her har man arbejdet en række forskellige gruppeforløb for forskellige målgrupper og har oplevet positive erfaringer med tilgange. Derudover afholder Esbjerg gruppeterapi for unge med lignende problemstillinger. Gruppeterapien gennemføres dog som udgangspunkt, efter at de unge har været i individuel behandling.

I Esbjerg har de haft gruppeforløb med fire piger på fjorten år, der havde en psykisk syg forælder. Psykologerne i Esbjerg ville gerne have stået for flere gruppeforløb, men det har været svært at organisere, fordi det kræver flere børn med problematikker, der ligner hinanden, som også er på nogenlunde samme alder. Ligeledes har de i Herning haft overvejelser om at starte gruppeforløb op for børn med angst, men børnene er skrøbelige, så det er ikke helt på plads, hvordan gruppen kan sættes sammen, så børnene får noget ud af det.

*"Det er lidt svært at finde de børn, selvom vi synes, at vi har masser af angst børn også fordi angsten har masser af ansigter, så hvordan bliver de et reelt spejl for hinanden. Der er nogle faglige drøftelser, der kan gøre det sværere at samle en gruppe."* (Psykologer, Herning)

Der er ingen af projekterne, som *alene* tilbyder udredning af børn eller unge. Hvis psykologerne vælger at udrede et barn, kan det fx skyldes, at det fremgår af anamnesen, at en angst er sekundær, eller hvis et barn ikke responderer på en behandling, og der kan være mistanke om kognitive vanskeligheder. Udredning eller psykologiske undersøgelser foretages således for at tilbyde den rette behandling eller viderehenvisning.

### **Projekternes inddragelse af barnets familie og netværk**

Hovedparten af projekterne giver udtryk for, at de involverer forældre eller andre fra børnenes/de unges netværk i forbindelse med behandling og/eller udredningen af børnene/de unge. Flere projekter tilbyder desuden rådgivning til forældre og børnenes/de unges netværk i forhold til at støtte barnet/den unge i dets udvikling.

#### *Forælderådgivning*

Forældreinddragelsen har ud over en støttefunktion for barnet også funktion af rådgivning og vejledning til forældre om, hvordan de bedst muligt håndterer deres barns problemer. Forældrene skal fungere som coach i hverdagen, når et barn modtager psykologhjælp, og derfor er det vigtigt, at forældrene deltager.

*"Der vil være ting, forældrene gør, der forstærker og forbedrer barnets problematik, så forældre og barn kan ikke tænkes som adskilte enheder. Havde et barn, som var klar til at komme i skole – og det var moderen ikke klar til, hun saboterede behandlingen i starten, indtil hun kunne give slip på sin angst, over at barnet skulle ud og arbejde med sin angst."* (Psykologer, Aarhus).

Forældrene kan desuden give det videre, de har lært i forebyggelsesperspektiv i forhold til senere vanskeligheder. Det hænder, at forældrene får rådgivning uden børn, hvis psykologerne skønner, at det er det bedste for barnet. Søskende har også mulighed for at deltage, hvis der er behov for det. I Esbjerg har de erfaring med at indkalde skilte forældre til en fælles samtale for at tale om, hvordan forældrene og psykologerne hjælper barnet bedst.

*"Styrken ved den behandling, vi har fået, er, at vi som forældre bliver klædt på til at hjælpe vores barn, så vi kan gå tilbage til skolen og familien og fortælle, hvad der skal til for at hjælpe. Hvis det kun er barnet, der bliver behandlet, går man jo glip af den del."* (Forældre, Aalborg).

## Skoler

Psykologerne i Aalborg har erfaring med at tage ud til skoler og rådgive professionelle, fx for at hjælpe børn tilbage i skole igen eller give redskaber til strukturhjælp, hjælp til at håndtere konkrete børn samt deltage i relevante møder. I Aarhus har psykologerne også tilbudt at rådgive skoler, når de har vurderet, der har været et behov, og når der er ressourcer til det. Og i Herning fortæller psykologerne, at de arbejder meget for, at børn og unge kan starte langsomt op, fx med færre timer i skolen efter et psykologforløb. Denne tilgang har vist sig at have stor betydning for at skabe plads til børnene i skolen og ikke mindst skabe rammer hele vejen rundt om barnet, som barnet kan fungere i, også efter psykologhjælpen afsluttes ifølge forældrene:

*”Når vi har møder med læreren, kan psykologen forklare, hvordan han kan hjælpe [vores barn], så han forstår det. Det har vi haft rigtig meget succes med. Vi kan se, at læreren har taget det til sig, og det hjælper [vores barn]. Han kommer hjem og siger: ”nu ved jeg lige nøjagtig, hvordan man skal gøre. Så det har virket” (Forældre, Aalborg).*

Herning har erfaring med at koordinere med sagsrådgivere, så unge kan få arbejdsdusør selv med få timer på en produktionsskole, og børn kan få støtte i skolen eller hjemmet, hvis det er relevant. Aalborg, Esbjerg og Herning har også alle erfaringer med at invitere til eller deltage i netværksmøder med alle relevante parter i forbindelse med skoleopstart.

I Aalborg beskriver de arbejdet på skolerne som netværksarbejde og opfatter det som en del af det psykologiske arbejde. Det er relevant for deres øvrige arbejde, men arbejdet bliver tungt i de tilfælde, hvor der ikke er nogen til at tage over. Psykologernes arbejdsfelt er afgrænset. De tager ud på skoler og fortæller om barnet, men de kan ikke komme igen gang på gang, og derfor er de afhængige af, at PPR eller et kompetencecenter kan følge op på anvisninger over for fagprofessionelle omkring barnet.

*”Det kan sagtens trække ud med møder med skole og PPR. Vi finder mange børn med NLD<sup>15</sup>, overbliksvanskeligheder, og de har brug for, at skolerne forstår dem og giver dem mere struktur. Her får vi en del genhenvísninger, fordi skolerne ikke formår at hjælpe, selvom forældrene har forstået det. Det er et problem, når systemet ikke tager over, så børnene ligesom får en hverdag.” (Psykologer, Aalborg).*

Projekter på ungdomsuddannelser De fleste af projekterne tager ligesom de kommune-rettede projekter udgangspunkt i kognitiv terapi, ofte suppleret med andre indfaldsvinkler såsom narrative tilgange. Projekterne vurderer, at kognitiv samtaleterapi er meget anvendeligt over for de unge, og at der kan opnås en god effekt efter et forholdsvis begrænset antal samtaler.

Fra casestudierne erfarede vi i forhold til tilgangen, at behandlingen hos psykologerne i Randers og psykologen i Viborg primært er kognitiv, men de supplerer med en bred vifte af behandling. Psykologen i Viborg bruger klinisk hypnose i forbindelse med eksamensangst – hun arbejder meget med overblik og struktur og den jeg-støttende samtale. Psykologerne orienterer sig i forhold til de konkrete problematikker og tager udgangspunkt i det. I projekterne i Odense har psykologerne ikke en fælles faglig behandlingsmæssig tilgang men arbejder ud fra forskellige tilgange og erfaringer. Fælles er dog en tæt dialog med de unge og et løbende fokus på at forstå den unges situation.

Som det fremgår af nedenstående tabel, er der ofte tale om et forholdsvis begrænset antal samtaler per elev.

<sup>15</sup> Neuropsykologisk diagnose/ betegner for neuropsykologiske tilstande ved forskellige psykiatriske diagnoser som Asperger, Gennemgribende udviklingsforstyrrelser (GUA).



**Tabel 4.5: Oversigt over antal samtaler per ung samt brug af gruppeterapi og kurser**

Projekt	Antal samtaler ved individuel terapi/rådgivning	Gruppeterapi	Kurser
Brøndby	Max 10 timer pr. elev pr. uddannelse	Eksamensangst	Eksamensangst
Lolland	Maks. 12	Planlagt opstart (selv-tillidstræning)	-
Næstved	Gennemsnitlig 4,7 samtaler	-	Temadage om eksamensangst/præstationsangst
Odense	10	-	-
Randers	10-12	Gruppe om selv-værd/selvtillid	Kurser i eksamensangst
Viborg	5	Eksamensangst	-
Nordvestsjælland	3-6	-	-

Flere af projekterne tilbyder gruppeterapi eller kurser i forhold til fx håndtering af eksamensangst og selvværd, men hovedvægten ligger på de individuelle samtaler. Der er et større potentiale for gruppebehandling på ungdomsuddannelserne, fordi der kan være mange med samme problemtyper, men det har ikke altid været nemt at få eleverne til at deltage fast.

Flere elever giver udtryk for at netop gruppesamtaler kunne være en god idé, hvor de kan møde andre unge med samme eller lignende problemer og arbejde med at lære at lytte til hinanden.

*Jeg har kun modtaget individuelle samtaler. Gruppesamtaler kunne være rigtig godt, så man også kunne lære af de andres fejl. Det kunne både skabe netværk og indsigt i de andres problemer og fobier. Det giver jo et vis indblik i, hvordan deres liv er, og måske finder man noget, man kan bruge i forhold til sit eget liv. (Elev)*

### **Projekternes inddragelse af den unges familie og netværk**

Også i projekterne på ungdomsuddannelser inddrages forældre eller andre fra de unges netværk i forbindelse med behandling og/eller udredningen af de unge, hvor det skønnes at kunne hjælpe den unge.

#### *Forældre og netværk*

Flere projekter inddrager forældre og de unges netværk i forhold til at støtte den unge i dets udvikling. Projekterne angiver, at forældrene involveres, dels når eleven er under 18 år, hvor forældrene skal give deres tilladelse til forløbet, dels når psykologen eller den unge vurderer, at det er en god idé, at forældrene deltager i samtalen, og dels hvis der er konkrete råd og redskaber, der skal formidles til forældrene.

I Randers har de desuden afholdt supervision med hele klasser: *”Altså vi bliver kaldt ind til de klasser, hvor det sociale fungerer dårligt, og det handler som regel omkring konflikter. Vi har oplevet at efter to gange, så er det holdt op – i enkelte tilfælde efter tre gange. Og det giver rigtig meget til klassen – også for de gode elever.”* (Psykologer, Randers)

#### *Skolen*

I Randers tilbyder psykologerne også sparring og rådgivning til de øvrige faggrupper på skolerne, i det omfang der er brug for det. Psykologerne har kørt deciderede supervisionsforløb på SOSU-skolen, fordi der er kommet stort behov hos den enkelte lærer til at håndtere elever med særlige vanskeligheder på grund af det store optag af elever. Psykologerne fortæller, at der godt kan sidde 15 elever i en klasse, som har brug for, at læreren har redskaber og rummelighed til at håndtere deres særlige forudsætninger. Supervisionsforløbene har været en succes og givet en besparelse for organisationen, fordi det netop har betydet, at lærerne kan rumme eleverne og ikke behøver at ekskludere dem til andre tilbud.

*”Så det er virkelig spændende. Der er virkelig god grund til at sætte stor fokus på det, da det ville kunne spare på henvisninger i længden. For de får nogle redskaber til både at spotte den signalforvirrede eller den udadreagerende. De elever er ikke bare dumme, og hvis de kan få øje for det, så har de fået en meget større rummelighed. Hvis vi siger til dem, at de skal gøre sådan og sådan – så går de ud og gør sådan og kommer tilbage og siger: ”hov, det virkede”. Og når vi har haft en elev inde med nogle specielle problemer, så har vi også givet lærerne feedback på, hvordan de skal reagere over for netop denne elev. Og ligeledes har vi lavet supervision med klassen i nogle tilfælde.” (Psykolog, Randers)*

Andre har ikke haft formaliseret sparring til professionelle, men det er altid muligt for lærere og andet personale at stikke hovedet ind til psykologen og drøfte forhold omkring elever. Derudover har psykologen et ønske om at lave et kursusforløb og uddanne ressourcepersoner i hver afdeling til at vejlede lærerne samt tilbyde et kursusforløb for lærere for at opkvalificere dem til at yde strukturhjælp til elever med overbliksvanskeligheder.

#### 4.7 Projekternes videreførelse

I dette afsnit beskrives, hvordan de enkelte projekter forankres i kommunerne i forbindelse med projektperiodens udløb.

Udfordringerne i forhold til videreførelse har særligt været ift. finansiering, idet størstedelen af projektkommunerne befinder sig i en økonomisk presset situation. Ud over det finansielle aspekt har det ligeledes været drøftet, hvor forankringen skulle foregå rent organisatorisk. Flere kommuner har benyttet lejligheden til at diskutere, hvor der er mest behov for indsatsen og om de relevante samarbejder etableredes med den nuværende organisering.

Af de to nedenstående skemaer ses status for videreførelse for henholdsvis de kommune-rettede projekter og projekter på ungdomsuddannelser.

##### 4.7.1 De kommune-rettede projekter

Projekt	Status for forankringsplaner
Aalborg	Projektet videreføres med den nuværende normering og placeres fortsat i Familiecentret.
Bornholm	Projektet løber frem til september 2012. Forankringsprocessen er stadig igangværende.
Brøndby	Ingen videreførelse grundet økonomiske hensyn i kommunen.
Esbjerg	Byrådet har med vedtagelsen af Kommunens budget for 2012 besluttet, at Psykiatriprojektet efter projektperiodens udløb (31. oktober 2012) skal overgå til at blive en del af Esbjerg Kommunes fremtidige tilbud til børn og unge med psykiatrinære problemer i Esbjerg Kommune. Tilbudet vil blive normeret med 2 psykologer, mod hidtil 3. Det indebærer, at kun børn og unge, der er bosiddende i Esbjerg Kommune, kan benytte sig af tilbuddet fra august 2012. For unge fra de øvrige kommuner i det tidligere Ribe Amt stopper visitationen til tilbuddet pr. 1.3.2012.
Haderslev	Projektet er blevet forankret (2x 37 timer psykologer) med delvis fokus på projektets målgrupper, ligesom man nu også kan udvide i forhold til kommunens vurderede behov.
Herning	Projektet forankres ikke. Midlerne udløber marts 2012.
Aarhus	4 psykologer forlænges til udløbet af 2012 med henblik på fastansættelse efterfølgende. Der er ikke længere mulighed for direkte borgerhenvendelser. Projektets forankring er led i en organisatorisk omlægning, hvorfor projektet ikke fortsætter i dets nuværende form, men indsatsen videreføres.

Som det kan læses af tabellen, er 4 ud af de 7 projekter forankret/videreført. Det gælder for to projekter, at de med sikkerhed ikke videreføres.

## Videreførelse af projekt "Børnepsykologisk behandlingstilbud" i Aalborg Kommune

**Projektet er videreført med dets nuværende personalenormering på 3 psykologer og vil fortsat være forankret i Familiecentret under Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen.**

### *Hvad har været afgørende for projektets videreførelse?*

Det har været en politisk målsætning, at Aalborg Kommune skal gøre noget ved det stigende antal børn og unge med psykiske vanskeligheder, der står på venteliste til udredning i psykiatrien. Projektet har synliggjort relevansen af tilbuddet med hensyn til at løse den kommunale del af opgaven for psykisk udsatte børn, der er i den 'lettere' del af målgruppen for psykiatrien. Arbejdet med sundhedsaftaler mellem region og kommune præciserer netop denne udfordring omkring, hvor langt den kommunale forpligtelse går ift. at iværksætte en indsats for børn med psykiske vanskeligheder, der ikke er tungtvejende nok til at modtage behandling/udredning i det psykiatriske system. Projektet varetager således en kommunal opgave, der er politisk bevågenhed omkring, og som pt. ikke løses af andre instanser.

### *Hvad er de vigtigste erfaringer mht. organisering og samarbejde?*

Projektet vurderer, at samarbejdet med psykiatrien er helt centralt. I opstartsfasen var dette vanskeligt, men projektet har gennem et visitationsprojekt bestående af projektet, PPR og børne- og ungepsykiatrien arbejdet med at koordinere og strømline visitationsprocessen til psykiatrien på baggrund af et kommunalt-regionalt samarbejde. Samarbejdet med de øvrige aktører er afgørende ift. at sikre, at man kender hinandens arbejdsområder og afgrænsninger. Kendskabet til det psykiatriske system har betydet, at projektet har kunnet agere bindeled mellem kommune og psykiatri og være 'oversætter'.

### *Hvad er risici i forbindelse med kommunal finansieret videreførelse?*

En vigtig erfaring er, at det er nødvendigt løbende at præcisere og afgrænse projektets målgruppe, således at der ikke foregår et opgaveskred ift. PPR, social service og børne- og ungepsykiatrien. Målgruppen er defineret som 'gråzone' og kommer det, ifølge projektet, ikke nærmere. En risiko i forlængelse heraf er, at projektet med den kommunale forankring på grund af ressourceknaphed kan blive sat til at løse opgaver inden for de tilgrænsende instansers kerneområder, hvilket vil flytte fokus fra projektets oprindelige målgruppe til børn og unge med behov for en indsats, der har entydigt afsæt i et lovgrundlag (Serviceloven, Folkeskoleloven). Projektet i Aalborg håber, at fokus forbliver på kerneydelsen, der netop har forebyggende karakter ift. at sikre, at de psykisk udsatte børns tilstand ikke forværres, og at behandling i psykiatrien kan undlades for hovedparten.

## 4.7.2 Projekter på ungdomsuddannelser

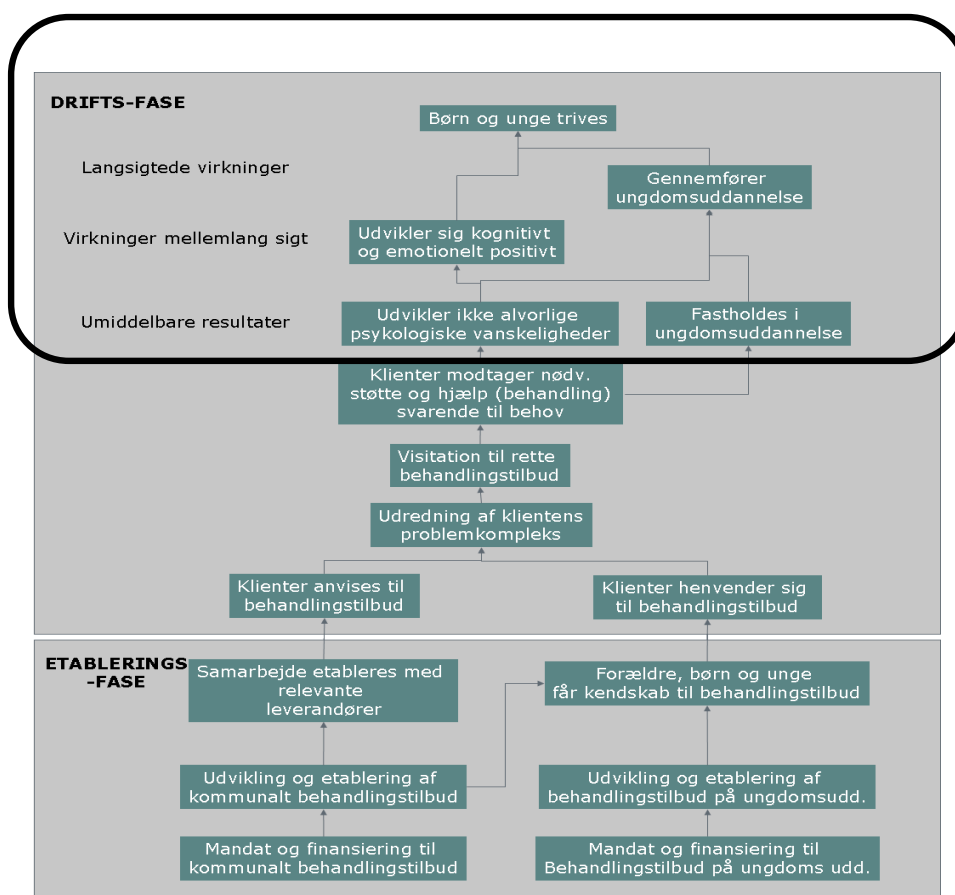
Projekt	Status for forankringsplaner
<b>EUC Vest-sjælland</b>	Projekter videreføres med en finansieringsmodel, der hedder 60 (kommunale midler) / 40 (uddannelsesinstitutionernes midler). Der er fortsat 5 psykologer ansat. Projektet arbejder endvidere med at yderligere uddannelsesinstitutioner kan tilkøbe ydelsen.
<b>Lolland</b>	Implementering er ikke på plads – Lolland og Guldborgsund kommune afventer endelig evaluering. Uddannelsesinstitutionerne har gennem Uddannelsesråd for Lolland og Falster ansøgt de to kommuner om midler til fortsættelse af projektet.
<b>Næstved</b>	Projektet videreføres med stort set samme personalenormering. Finansieringen er sikret, ved at Næstved Kommune dækker en halv stilling, mens de deltagende uddannelsesinstitutioner afdækker resten, afhængig af deres forskellige behov.
<b>Odense PPR</b>	Projektet har fået midler til videreførelse fra en ny, central pulje.
<b>Randers</b>	Projektet har fået midler til videreførelse fra en ny, central pulje.
<b>Viborg</b>	Videreførelse af psykologhjælp i nyt projekt med midler fra en ny, central pulje. Projektet tænkes forankret som et blivende tilbud til elever på Mercantec. Hertil kommer visse udvidelser i projektet, eksempelvis med at indføre gruppeforløb for piger, ressourcecenter mv., som beskrevet i det nye projekt.
<b>SOSU-C</b>	Projektlederen er blevet fastansat fra den 1. marts 2012 til at videreføre Psykologisk Rådgivning på SOSU C. Et projekt, som rammemæssigt ligner det tilbud, der i dag tilbydes eleverne, for at fastholde dem på deres uddannelser. Dog er tilbuddet efter den 1. marts 2012 til alle elever og ikke kun til unge på 25 år og derunder. I dag er der to eksterne psykologer ansat til at varetage tilbuddet for de elever, der er 26 år og derover.

Af tabellen ses det, at seks ud af de syv projekter videreføres.

## 5. PULJENS EFFEKTER

Et meget centralt element i evalueringen har været at dokumentere effekterne af projekterne.

Som grundlag for vurderingen af virkningerne er der foretaget en løbende dokumentation i relation til de børn og unge, der har deltaget i projektet. Registreringen er foretaget ud fra et spørgeskema baseret på en række forskningsvaliderede spørgsmål, der belyser trivsel og udvikling for deltagerne.



### 5.1 Hvordan måles effekten?

Metoden til at måle effekt har været baseret på, at medarbejderne i det enkelte projekt har udleveret et spørgeskema til deltagerne ved opstarten eller indskrivningen i projektet. Efterfølgende er deltagerne blevet bedt om at udfylde samme spørgeskema, efter deltagerens forløb er afsluttet. Et halvt år efter forløbet er slut, er deltagerne ligeledes blevet bedt om at udfylde en opfølgingsmåling. Effekten vurderes ved at se på forskellene mellem første måling og sidste måling på den enkelte deltager.

Evalueringens designet kan opdeles i tre dataindsamlingsforløb:

- en nulpunktsmåling,
- en resultatmåling og
- en opfølgingsmåling<sup>16</sup>.

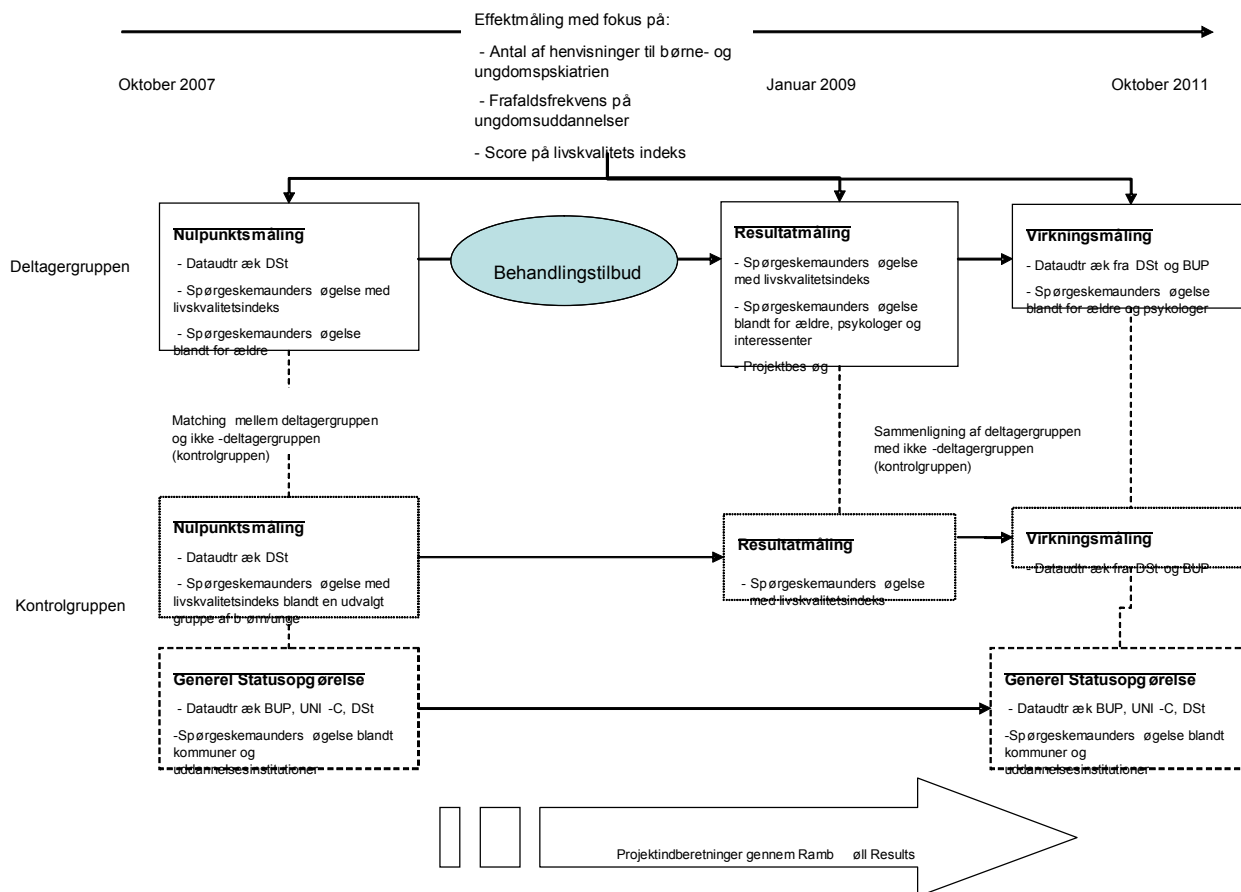
Effektmåling bygger på et *kontrolgruppedesign*, hvor en *deltagergruppe* af børn og unge, der deltager i et behandlingstilbud under puljeordningen, sammenlignes med en *ikke-deltagergruppe* (kontrolgruppe) af børn og unge, der ikke indgår i projekternes behandlings- og udredningstil-

<sup>16</sup> Datagrundlaget for effektmålingen er udarbejdet med konsultation af fagfolk fra Danmarks Statistik og med mundtlig godkendelse fra Datatilsynet. I Bilag 2: Effektmåling findes en beskrivelse af effektmålingens metodiske styrke og tilgangen i effektmålingen.

bud. Detaljer om, hvordan kontrolgruppen udvælges, og hvilke opmærksomhedspunkter denne type analyse medfører, findes i Bilag 2.

Deltager- og ikke-deltagergruppen sammenlignes over de tre målinger på baggrund af forskellige datakilder, hvilket er søgt illustreret i Figur 5.1 – Fokus i evalueringen, hvor evalueringens fokus er sammenholdt med anvendte datakilder i evalueringen.

Figur 5.1 – Fokus i evalueringen



Evalueringen indledes med en *nulpunktsmåling*, hvor der etableres en "baseline", som resultaterne efter indsatsens *iværksættelse og afslutning* kan sammenlignes med. Nulpunktsanalysen anvendes endvidere til at indsamle de oplysninger, som anvendes til at udvælge den kontrolgruppe, som bedst modsvarer deltagergruppen.

I nulpunktsmålingen indsamles *statistiske data fra Danmarks Statistik (DSt)* om de børn og unge (og deres familier), som deltager i projekterne. Det drejer sig eksempelvis om indkomst, uddannelsesniveau, ledighedsgrad m.m. På baggrund af disse udtrækkes en brutto-kontrolgruppe, som matcher deltagergruppen på baggrundsvariablerne. Den endelige matching mellem deltagergruppe og kontrolgruppe sikres gennem en *spørgeskemaundersøgelse blandt de unge/børnene* i både deltager- og bruttokontrolgruppe, hvor den psykiske trivsel afdækkes ved hjælp af blandt andet et livskvalitetsindeks (se nedenfor). Spørgeskemaundersøgelsen bruges til at udvælge en kontrolgruppe, som matcher deltagergruppen i forhold til både *baggrundsvariable* og *psykisk trivsel/livskvalitet*, hvorved der sikres sammenlignelighed ved effekttopgørelsen. I de tilfælde, hvor barnet/den unge ikke vil kunne udfylde spørgeskemaet (fx. pga. alder), vil forældrene blive bedt om at gøre det.

For at sikre at målingen har en høj grad af validitet, er målingen baseret på internationalt anerkendte måleinstrumenter, der er forskningsmæssigt undersøgt og valideret. Der er derfor stor

sikkerhed for, at udviklingen i forhold til borgerne på disse spørgsmål reelt dækker over en faktisk udvikling. I nedenstående bokse redegøres for de redskaber, der er anvendt.

### **SDQ – The Strengths & Difficulties Questionnaire**

SDQ står for "The Strengths & Difficulties Questionnaire" og er et screeningsredskab, der måler børns og unges sociale og psykiske situation. SDQ-skemaet er udviklet af psykologen Robert Goodman i 1999 og er siden oversat til en lang række af andre sprog, heriblandt dansk. Skemaet er et standardiseret spørgeskema med 25 spørgsmål, som samlet set udgør SDQ-skalaen. De 25 spørgsmål er opdelt i fem kategorier, der hver især afdækkes gennem fem spørgsmål. De fem kategorier er: 1) Emotionelle problemer, 2) Adfærdsproblemer, 3) Hyperaktivitet, 4) Kammeratskabsproblemer og 5) Prosocial adfærd. Spørgsmålene er enkle og har tre svarkategorier: 1) Passer ikke, 2) Passer delvist eller 3) Passer godt.

SDQ er anvendt i en række internationale og danske forskningsundersøgelser og bruges bl.a. løbende af SFI i deres studier af udsatte børn og unge.

Afhængigt af besvarelsene på de enkelte spørgsmål opnår hvert barn et pointtal, der indikerer, om barnet falder inden for normalområdet, befinder sig på et midterpunkt eller falder uden for normalområdet inden for hver delkategori. Desuden opnår hvert barn en samlet værdi, der bygger på delkategorierne med undtagelse af den prosociale adfærd.

Ud over SDQ-skalaen med de 25 spørgsmål findes der et suppleringsark til screeningsredskabet, hvor barnets samlede sociale og psykiske vanskeligheder måles. Der spørges ind til, hvorvidt barnet samlet set er bebyrdet af de målte vanskeligheder, og hvorvidt vanskelighederne har indflydelse på barnets daglige liv i hjemmet, i skolen, i forhold til kammeraterne og i forhold til fritidsaktiviteter.

Der er endvidere fastsat normer, der kategoriserer resultaterne i normalområde, grænseområde eller unormalt niveau (abnormalt).

	<b>Normal</b>	<b>Grænseområde</b>	<b>Unormal</b>
Emotionelle problemer	0-3	4	5-10
Adfærdsproblemer	0-2	3	4-10
Hyperaktivitet	0-5	6	7-10
Kammeratskabsproblemer	0-2	3	4-10
<b>Total score</b>	<b>0-13</b>	<b>14-16</b>	<b>17-40</b>
Pro social adfærd	6-10	5	0-4

### Psychological General Well-Being Index (PGWBI)

PGWBI står for Psychological General Well-Being Index, der oprindeligt er udviklet i 1984 af Harold Dupuy (USA). Spørgeskemaet er udviklet til at måle en række følelsesmæssige dimensioner, der samlet giver et mål for oplevet livskvalitet og trivsel.

PGWBI indeholder 22 spørgsmål med hver fem svarmuligheder. Svarkategorierne varierer fra spørgsmål til spørgsmål og angiver eksempelvis hyppighed (gående fra hver dag til aldrig), humør (gående fra strålende humør til i meget dårligt humør) mv.

På baggrund af besvarelserne udregnes et samlet resultat samt delresultater på en række underliggende dimensioner. Der er desuden fastsat danske normer, der angiver middelværdien for den danske befolkning. Nedenfor er vist en oversigt over normerne for de enkelte dimensioner. Den samlede trivselsscore går fra 0-110, hvor en høj score er ensbetydende med høj trivsel.

Dimension	Befolkningen generelt Middelværdi
Angst/bekymring	19,9
Depression	13,0
Mentalt velbefindende	13,6
Selvkontrol	12,8
Generel sundhedsopfattelse	11,7
Energi/vitalitet	13,9
<b>Samlet trivselsscore</b>	<b>84,9</b>

#### Referencepublikation:

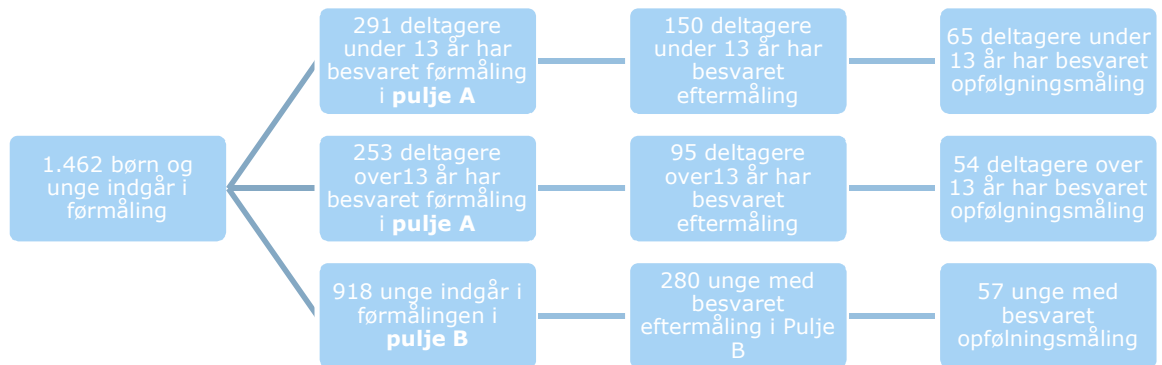
Dupuy HJ. The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. In: Assessment of Quality of Life in clinical trials of cardiovascular therapies. Edited by Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J. Le Jacq Publishing 1984; Chap 9:170-183

## 5.2 Om datagrundlaget

Data er som beskrevet baseret på før-/efter-/opfølgingsmålinger på de børn og unge, som projekterne har gennemført konkrete forløb for. Det er ikke lykkedes for projekterne at sikre en gennemgående høj svarprocent for deltagerne, og der er derfor et betydeligt frafald fra formålingen til eftermålingen og opfølgingsmålingen, hvilket illustreres i nedenstående figur.



Figur 5.2: Oversigt over antallet af besvarelser



På baggrund af ovenstående figur er det relevant at se på en frafaldsanalyse. Frafaldet i effektmålingen kan udregnes ved at sammenholde baggrundsdata fordelt på indsats for den oprindelige population med den endelige population. Den oprindelige population består af alle deltagere, der som minimum har udfyldt spørgeskemaet til førmålingen, mens den endelige population består af deltagere, som har udfyldt både førmålingsspørgeskemaet og eftermålingsspørgeskemaet. Det er besvarelsene fra den endelige population, som danner baggrunden for effektberegningerne i kapitel 5.

Robustheden af de efterfølgende analyser af effekten afhænger i høj grad af, at der ikke er tale om systematiske frafald i populationen fra førmålingen til eftermålingen samt videre til opfølgingsmålingen. Derfor er det nødvendigt at undersøge, om den gruppe, der har besvaret både før- og eftermålingen (den endelige population), afviger fra den oprindelige population, som har besvaret førmålingen.

Nedenstående tabel indeholder en sammenligning af den oprindelige studiepopulation med den endelige studiepopulation og giver dermed et overblik over, om der kan ses systematiske frafald i effektmålingen, som der skal tages højde for i tolkningen af resultaterne i kapitel 5.

**Tabel 5.1: Oversigt over systematik i frafald**

Variabel	Kommune-rettede projekter – Børn	Kommune-rettede projekter – Unge	Projekter på ungdomsuddannelser
Fars beskæftigelse	Ingen forskydning	Moderat forskydning. Flere med beskæftigelse i gruppen der har besvaret eftermåling (73 % vs. 80 %)	Ingen forskydning
Mors beskæftigelse	Moderat forskydning. Flere med beskæftigelse i gruppen der har besvaret eftermåling (70 % vs. 80 %)	Ingen forskydning	Ingen forskydning
Fars uddannelse	Ingen forskydning	Ingen forskydning	Ingen forskydning
Mors uddannelse	Ingen forskydning	Ingen forskydning	Moderat forskydning. Flere med videregående udd. i gruppen der har besvaret eftermåling (29 % vs. 38 %)
Boforhold	Ingen forskydning	N/A	N/A
Indledende trivselsvurdering i førmålingen	Ingen forskydning	Moderat forskydning. Lavere trivselscore i gruppen der har besvaret eftermåling (48 vs. 42,2)	Ingen forskydning

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i de kommune-rettede projekter, og blandt elever, der har modtaget behandling i projekter på ungdomsuddannelser.

Felterne med gult markerer, hvor der er tale om signifikante forskelle mellem grupperne (med et 5 % signifikansniveau).

Samlet set tegner tabellen et billede af, at den endelige population er præget af et vist systematisk frafald, der betyder, at forældrene til børn og unge, der har besvaret både før- og eftermåling, er relativt mere ressourcestærke end den samlede population for indsatsen. Det kan betyde, at effekten af deltagelse overestimeres.

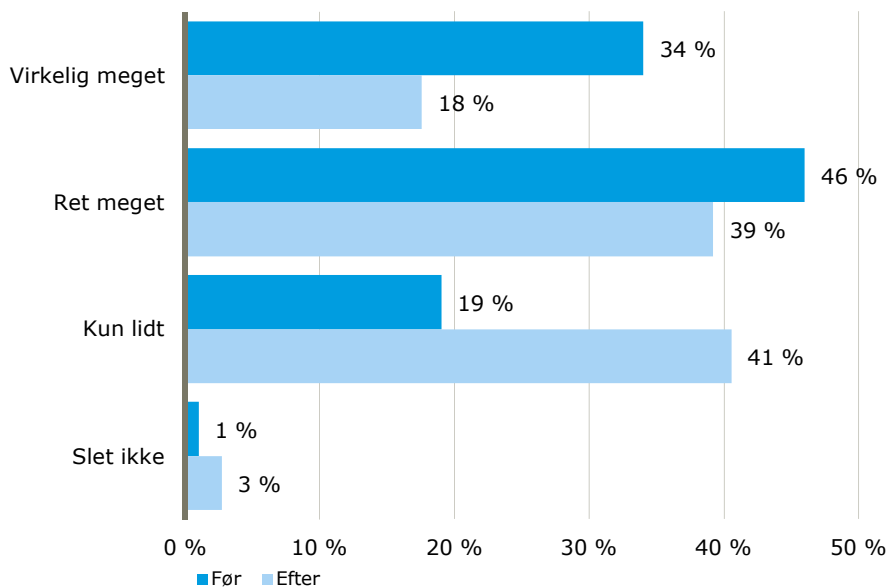
Udover disse data er der foretaget en registeranalyse af alle respondenter, der har indgået i førmålingen, hvor der er angivet CPR-nummer. På disse data er der tale om væsentligt mere komplette data med et mindre frafald i forhold til manglende og forkert angivne CPR-numre.

### 5.3 Fik børn og unge det bedre som følge af behandlingen?

Et centralt formål bag puljen til psykologhjælp har været at sikre, at børn og unge oplevede forbedringer i forhold til deres psykiske helbred gennem behandlingen. Ved at afhjælpe problemer relativt tidligt kan psykologindsatsen måske understøtte, at børn og unge bringes i en bedre retning. Som beskrevet i ovenstående afsnit har evalueringen taget udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelser før og efter behandlingen samt som opfølgning et halvt år efter forløbet er afsluttet. I nedenstående afsnit redegøres for resultaterne af disse opgørelser.

For at få et overordnet billede af, hvordan behandlingen er oplevet, har vi spurgt deltagerne, om deres vanskeligheder i familien er en belastning for dem eller deres familie som helhed både før og efter behandlingen. I nedenstående figur ses resultaterne for både kommune-rettede projekter og projekter på ungdomsuddannelser.

**Figur 5.3: Er disse vanskeligheder en belastning for dig eller familien som helhed?**



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i kommune-rettede projekter, og blandt elever, der har modtaget behandling i projekter på ungdomsuddannelser.

Figuren viser, at andelen, der oplever deres vanskeligheder virkelig meget belastende dem eller deres familie, er faldet fra 34 pct. i førmålingen til 18 pct. i eftermålingen. Samtidigt er andelen, der oplever, at deres vanskeligheder kun lidt belastende dem, steget fra 19 pct. til 41 pct.. Meget tyder således på, at de børn og unge, der har modtaget behandling, er blevet væsentligt bedre til at håndtere deres psykiske vanskeligheder.

Ovenstående beskriver effekten af behandlingen isoleret for indsatsgruppen. I dette afsnit ser vi nærmere på den samlede vurdering af effekterne, hvor kontrolgruppen ligeledes indgår.

### 5.3.1 Brug af kontrolgruppe

I den gennemførte evaluering har der været anvendt en kontrolgruppe, der har fået stillet de samme spørgsmål som de børn og unge, der har modtaget psykologhjælp. Fordelen ved denne metode er, at vi kan kontrollere om effekterne af indsatsen faktisk er større end effekten af den indsats, der normalt gives til børn og unge i samme situation.

Børn og unge i kontrolgruppen kan have modtaget en indsats, der normalt gives til børn og unge med begyndende psykiske vanskeligheder. Dette kan indebære kontakt til egen læge, evt. behandlingstilbud (af psykiatrisk eller psykologisk karakter) eller foranstaltninger/støtte i PPR-regi eller efter Serviceloven. Der er således ikke tale om en situation, hvor kontrolgruppen slet ikke har modtaget tilbud, hvis de har haft behovet.

I rene eksperimentelle eksperimenter sker rekrutteringen til en indsats- og en kontrolgruppe tilfældigt. Dermed sikres, at en forskel i et effektmål mellem de to grupper udelukkende skyldes, at den ene gruppe (indsatsgruppen) har været udsat for en påvirkning, mens den anden gruppe (kontrolgruppen) ikke har.

Såfremt rekrutteringen til de to grupper ikke er sket tilfældigt, vil der være en sandsynlighed for, at en forskel i effektmålet mellem de to grupper også kan tilskrives en række bagvedliggende karakteristika hos personerne i den ene gruppe, der gør, at disse personer har haft bedre – eller dårligere – forudsætninger for at komme i indsatsgruppen end personerne, der rekrutteres til kontrolgruppen. Forskellen i effektmålet mellem indsats- og kontrolgruppen vil dermed ikke kun være udtryk for en effekt af en given påvirkning af den ene gruppes medlemmer, men også en konsekvens af en række bagvedliggende faktorer.

Inden effektmålet i indsats- og kontrolgruppen sammenlignes, bør der derfor tages højde for disse bagvedliggende karakteristika hos personerne i de to grupper. Dvs., der bør renses for effekten af en række observerbare karakteristika, inden de to grupper sammenlignes, for på den måde at isolere effekten af selve påvirkningen. Matching er en metode til dette formål.

Matching bygger på den grundlæggende antagelse, at effekten af en given påvirkning vil være uafhængig af, om vedkommende er i den ene eller den anden gruppe, betinget af de observerbare karakteristika hos personerne i de to grupper. Såfremt der tages højde for disse observerbare karakteristika hos personerne i de to grupper, vil fordelingen af effekten i kontrolgruppen derfor være den samme som fordelingen af effekten i indsatsgruppen, hvis indsatsgruppen *ikke* havde været udsat for en påvirkning – og vice versa.

Kontrolgruppen i denne evaluering er tilfældigt udtrukket for BUP-databasen og indeholder derfor personer, der har været i kontakt med det psykiatriske system, men som ikke har modtaget behandling. Disse børn og unge bor i andre kommuner end indsatskommunerne (og anvender andre uddannelses tilbud) og har derfor udelukkende kunne anvende de tilbud, som kommunerne traditionelt giver. Sammenligningen er altså effekten i forhold til den almindelige indsats eller nettoeffekten af indsatsen. Kontrolgruppen er den samme for de kommune-rettede projekter og projekter på ungdomsuddannelser.

I nedenstående afsnit vurderes effekten samlet for de kommune-rettede projekter og projekter på ungdomsuddannelser.

### 5.3.2 Kommune-rettede projekter for børn under 13 år

De kommune-rettede projekter har omfattet børn og unge, som kommunerne har ydet en styrket indsats over for i form af psykologhjælp. For børn under 13 år er udviklingen i trivsel vurderet med SDQ, som forældrene har udfyldt, mens det for unge over 13 år er vurderet med PGWBI, som de unge selv har udfyldt.

Data viser, at 67 pct. af børnene under 13 oplever en forbedring i livskvalitet og deres gennemsnitlige trivselsindeks forbedrede sig med 2,68 point. Sammenlignes udviklingen med kontrolgruppen, ses det, at også andre børn og unge oplever forbedringer fra før- til eftermålingen. Det indikerer, at den "normale indsats" også har formået at forbedre trivslen for børn med psykiske vanskeligheder, hvilket illustreres i nedenstående tabel, der viser udvikling grafisk.

**Figur 5.4: Udvikling i trivsel for indsatsgruppe og kontrolgruppe. Jo lavere score, desto højere trivsel**



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i de kommune-rettede projekter.

Nedenstående tabel viser udviklingen for indsats- og kontrolgruppe i de kommune-rettede projekter.

**Table 5.2: Udvikling i trivsel for indsats- og kontrolgruppe – kommune-rettede projekter. Jo lavere score, desto bedre trivsel**

	Indsats		Kontrol	
	Før	Efter	Før	Efter
Prosociale evner	7,69	7,81	6,40	6,44
Følelsesmæssige symptomer	6,11	4,52	4,50	3,93
Adfærdsproblemer	2,35	1,71	3,61	2,89
Hyperaktivitet	3,77	3,51	6,78	5,97
Problemer med jævnaldrende	2,57	2,35	3,94	3,52
Samlet vanskelighedsscore	14,79	12,09	18,83	16,30
N	150		246	

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i kommune-rettede projekter.

Ser vi på de samlede gennemsnit for kontrolgruppen og indsatsgruppen, peger resultaterne på næsten den samme effekt (2,7 for indsatsgruppen og 2,53 for kontrolgruppen). Men vi har her ikke taget højde for forskelle i de forskellige gruppers udgangspunkt.

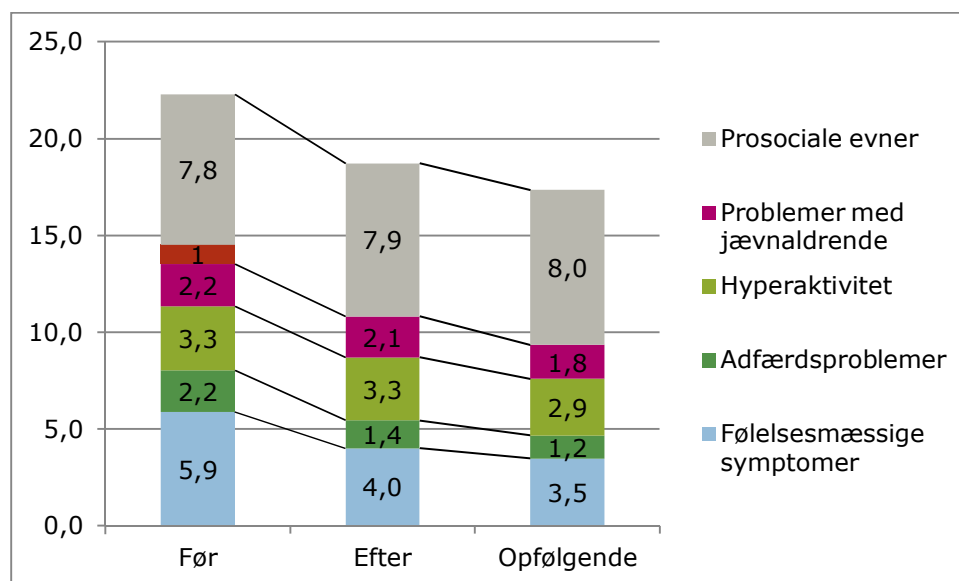
Ved at bruge matching-analysen kan vi sammenligne personer i kontrolgruppen, der minder mest muligt om deltagerne i indsatsgruppen. Resultatet i den analyse viser, at der er en **nettoeffekt** af indsatsen på **1,18 point målt med SDQ**. Det viser altså, at børn, der har modtaget indsatsen, opnår en mere positiv udvikling, end de ville have gjort, hvis de havde modtaget den "normale indsats", der som sagt indebærer kontakt til egen læge og evt. behandlingstilbud.

Tabellen illustrerer en række interessante forhold:

- For det første viser førmålingen, at børnene i indsatsgruppen i gennemsnit har en samlet vanskelighedsscore på 14,79. Det betyder, at de børn og unge, der medvirker i projektet, i gennemsnit kan karakteriseres som befindende sig i grænseområdet mellem normalen og de værdier, der karakteriseres som "unormale". Særligt de spørgsmål, der vedrører følelsesmæssige problemer, lægger uden for normalområdet med en gennemsnitlig score på 6,28, hvilket karakteriseres som "unormalt" i forhold til de fastsatte normer. Dette resultat matcher godt med projekternes forventede målgruppe, nemlig børn og unge med begyndende vanskeligheder.
- For det andet peger udviklingen fra før- til eftermålingen på, at 67 pct. har opnået forbedringer i forhold til deres samlede trivselsscore. Samtidigt er den gennemsnitlige trivselsscore faldet til 12,09, hvilket er inden for normalområdet. Den største forbedring ses – ikke overraskende – i forhold til følelsesmæssige symptomer, hvor 64 pct. har oplevet forbedringer. Data peger således på en positiv udvikling for 2/3 af deltagerne.

I nedenstående figur har vi set på udviklingen ved opfølgingsmålingen for indsatsgruppen, der er foretaget et halvt år efter, at forløbet er afsluttet.

**Figur 5.5: Opfølgingsmålingsmåling børn under 13 år i kommune-rettede projekter. Jo lavere score, desto bedre trivsel**



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i kommune-rettede projekter.

Nedenstående tabel viser udviklingen i de enkelte trivselsindikatorer for de kommune-rettede projekter.

**Tabel 5.3: SDQ – opfølgingsmåling blandt børn under 13 år i kommune-rettede projekter. Jo lavere score, desto bedre trivsel**

Kommune-rettede projekter og projekter på ungdomsuddannelser Før, efter og opfølgende besvarelser	Før	Efter	Opfølgende	Udvikling	Reducering
Følelsesmæssige symptomer	5,89	4,02	3,48	-2,42	71 %
Adfærdsproblemer	2,15	1,43	1,2	-0,95	55 %
Hyperaktivitet	3,29	3,26	2,92	-0,37	43 %
Problemer med jævnaldrende	2,2	2,11	1,75	-0,45	38 %
Samlet vanskelighedsscore	13,54	10,82	9,35	-4,18	68 %
Prosocialle evner	7,75	7,91	8	0,25	25 %

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i kommune-rettede projekter.

Tabellen illustrerer følgende:

- Førmålingen peger på, at den samlede vanskelighedsscore er 13,54, hvilket tyder på, at gruppen, der har svaret på alle tre målinger, generelt har færre trivselsproblemer end den generelle målgruppe.
- Deltagerne har oplevet en klar, positiv udvikling fra før- til eftermålingen, og den positive udvikling ser ud til at fortsætte yderligere frem mod opfølgingsmålingen. Andelen, der oplever forbedringer, er på 68 pct., men forbedringen på den samlede vanskelighedsscore er på 4,18 og er faldet fra eftermålingen til den opfølgende måling. Resultaterne tyder altså på, at effekterne ikke aftager men ser ud til at understøtte en positiv udvikling over tid.

Disse resultater understøttes af de gennemførte interviews og casestudier i projekterne, der peger på, at man har kunnet identificere klare forbedringer for deltagerne.

I de gennemførte kvalitative interviews peger både projektmedarbejdere og forældre på, at indsatsen har gjort en positiv forskel for børnene. Nedenstående citater illustrerer forældrenes opfattelse af virkningen af indsatsen.

*"Der er ingen sammenligning fra at have et barn, der er angst og utrygt til at have et barn, der smiler og kan håndtere sig selv og sætte ord på." (Forældre, Herning)*

*"Han kan i dag sætte ord på, hvad han bliver bange for, og fortæller mig, hvad jeg skal sige, så han ikke er bange mere. Det har hjulpet ham til at blive mere bevidst og sætte ord på, hvad han har det svært med, så kammeraterne også kan hjælpe ham. Det betyder, at han i dag kan indgå i sociale relationer og er inkluderet i fællesskabet." (Forælder, Aalborg).*

*"Vi laver altid aftaler, når han tager hjemmefra, så har han en strategi, hvis han bliver bange. Han er tretten år, så det er ikke så rart at stå foran kammeraterne og ringe hjem, så vi har aftalt med ham, at han kan gå ind på toilettet og ringe. Det gør, at han ikke er beklemmt ved situationen, fordi han ved, han kan få den hjælp, han har brug for. Når man først kommer ind i den tankegang at tænke i muligheder, så får man en række ideer til, hvordan man kan løse problemer." (Forældre, Aalborg).*

*"Vi har et barn, der for første gang i tre år er begyndt at grine." (Forældre, Aalborg).*

Forældrenes trivsel som følge af psykologhjælpen til børn er også betydningsfuld. Mange forældre, vi har talt med i casestudierne, fortæller, at de har mistet deres arbejde som følge af barnets problemer, fordi de har været nødt til at blive hjemme. I tre ud af syv forældrepar fra en fokusgruppe i Aalborg havde én forælder mistet arbejdet som følge af barnets skolevægring, altså i alt tre forældre. Når forældrene bliver spurgt, hvor de ville være henne, hvis de ikke havde fået hjælp i projektet, spår flertallet, at de ville være skilt, fordi barnets mistrivsel gik ud over hele familiens trivsel.

Derudover er forældrene, vi har talt med, faste i troen på, at deres børn ville være i psykiatrien, ville være selvmordstruede eller have begået selvmord, hvis de ikke havde fået hjælp. Dette underbygges af psykologerne, som fra alle projekter fortæller, at selvom de ikke ved, om antallet af henvisninger til psykiatrien er dalet, i takt med at de har tilbudt psykologhjælp, så ville de psykiatrinære problemer have forværret sig med tiden (uden behandling), og mange af børnene ville ikke have haft anden udvej end gennem psykiatrien.

*"Hvis man skal gøre økonomien op, så er vi ikke kommet til at koste så meget, som vi kunne have endt med, og [vores barn] er ikke kommet til at koste så meget, for det var endt med, at han var kommet på børnepsyk, og hvordan var det gået – og jeg [far] havde nok mistet mit job, du [mor] havde nok ikke mistet dit." (Forældre, Aarhus).*

På spørgsmålet, om hvilken hjælp målgruppen i projektet ville få uden tilbuddet om psykologhjælp, svarer en samarbejdspartner fra Aalborg:

*"Helt generelt nedsat trivsel. Det er de voksnes forståelse for børnene, der også bliver kvalificeret gennem det her tilbud. Det er ikke sikkert, det er børn, der ender på 'psyk' om nogle år, men det at de bliver forstået, det at deres lærere forstår dem, det at der er nogle herindefra, der er parate til at stille sig ud på skolerne og give råd og vejledning. Det kan ikke nødvendigvis måles i penge." (Samarbejdspartner, Aalborg).*

En anden samarbejdspartner fra socialforvaltningen supplerer:

*"På et tidspunkt magter de [forældrene] ikke opgaven længere, og så er det, vi skal have anbragt lille Per, og så er det, man kan se det i kroner og øre, for det er ikke billigt. Vi oplever de her frustrerede familier, der bare ikke magter mere." (Samarbejdspartner, Aalborg).*

På spørgsmålet om børnene, der har fået hjælp i projektet, ville udvikle sværere diagnoser med tiden, svarer psykologerne fra Aarhus:

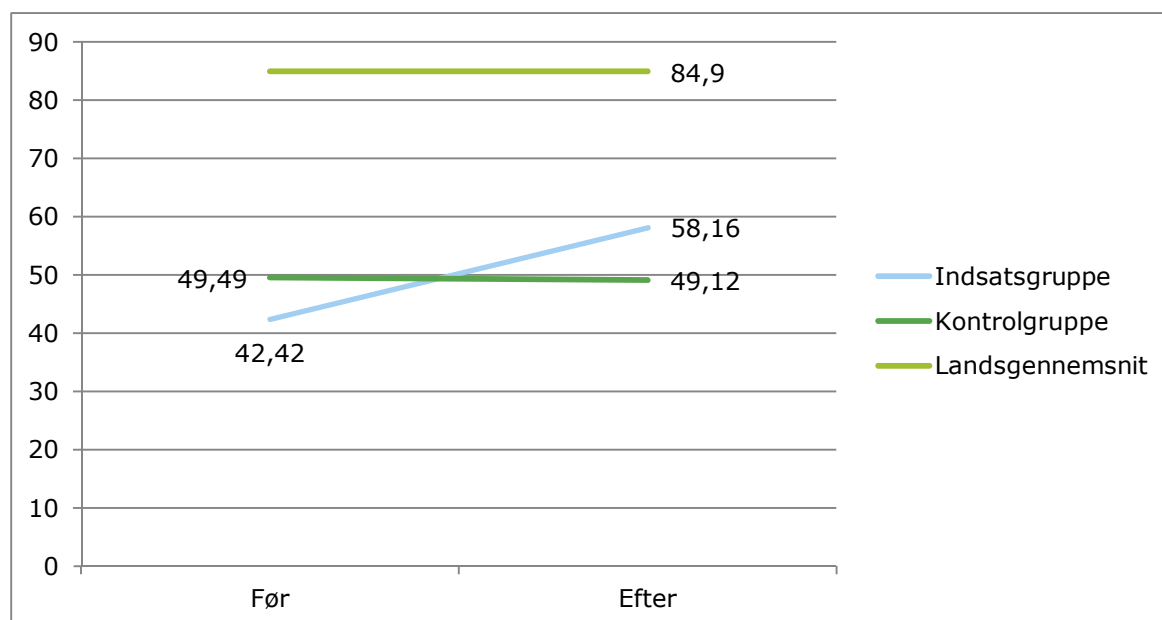
*”Der er ikke noget mere skadeligt for et barn end at holde op med at gå i skole, men man kan ikke kun se det sådan. Autisme bliver ikke værre, andre gange fanger vi et barn med tunge problemstillinger, som fortsat er tunge, men de bliver ikke værre, end de er, når vi går i gang. Og hvis et barn har angst, oplever vi aldrig, at det vokser fra det, så bliver det tvært imod værre med tiden. Det udvikler sig altid i en retning, og hvis du ikke får hjælp, så bliver det ikke bedre.” (Psykolog, Aarhus).*

### 5.3.3 Kommune-rettede projekter for børn over 13 år

I de nedenstående afsnit ser vi på resultaterne af målingerne med PGWBI. Dette værktøj er brugt for at måle effekten for deltagerne i projekterne over 13 år. Det skal bemærkes, at denne skala vender omvendt i forholdt SDQ, således en højere værdi peger på færre problemer.

For unge over 13 år er det unge selv, der er respondenter, og her anvendes PGWBI. I nedenstående tabel ses de samlede gennemsnit for hele indsatsgruppen og hele kontrolgruppen.

**Figur 5.6: Gennemsnitligt PGWBI-mål i før- og eftermåling. Jo højere score, desto bedre trivsel**



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i kommune-rettede projekter.

**Tabel 5.4: Gennemsnitligt PGWBI-mål i før- og eftermåling. Jo højere score, desto bedre trivsel**

	Indsats		Kontrol	
	Før	Efter	Før	Efter
Angst/bekymring	11,64	15,73	13,95	13,81
Depression	7,96	10,64	9,17	9,36
Mentalt velbefindende	7,61	11,33	9,80	9,43
Selvkontrol	5,67	9,39	6,84	6,27
Generel sundhedsopfattelse	8,12	10,32	7,43	7,45
Energi/vitalitet	7,09	10,15	9,14	9,07
Samlet trivselsscore	42,42	58,16	49,49	49,12
N	95		152	

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i kommune-rettede projekter.



Samlet set har indsatsgruppen opnået en forbedring på 15,74 point (skala fra 0-120), mens kontrolgruppen ikke har oplevet nogen forbedring i gennemsnit.

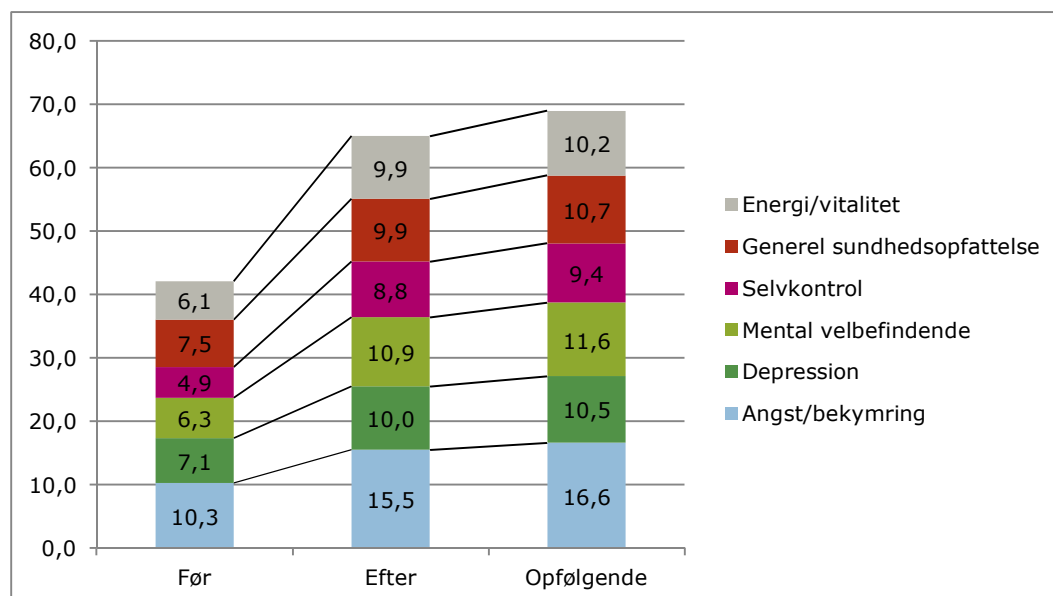
Ved at bruge matching-analysen kan vi sammenligne personer i kontrolgruppen, der minder mest muligt om deltagerne i indsatsgruppen. Resultatet i den analyse viser, at der er en **nettoeffekt** af indsatsen på **12,8 point, målt med PGWBI**. Det viser altså, at unge, der har modtaget indsatsen, opnår en mere væsentlig positiv udvikling, end de ville have gjort, hvis de havde modtaget den "normale indsats".

Tabellen illustrerer ligeledes følgende:

- Førmålingen peger på, at indsatsgruppen har en samlet trivselsscore på 46,31, hvilket er væsentligt under middelværdien for den danske befolkning på 84,9. I forhold til alle dimensionerne ligger målgruppen væsentligt under normalbefolkningen. Disse tal illustrerer samme pointe som ovenstående tabeller med SDQ.
- Udviklingen fra før- til eftermålingen peger på en positiv udvikling for 70 pct. af deltagerne.

I nedenstående tabel ses udviklingen til den opfølgende måling foretaget et halvt år efter.

**Figur 5.7: Før/efter/opfølgning på unge over 13 år (PGWBI). Jo højere score, desto bedre trivsel**



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i kommune-rettede projekter.

**Tabel 5.5: Før/efter/opfølgning på unge over 13 år (PGWBI) (N=41). Jo højere score, desto bedre trivsel**

Kommune-rettede projekter – Før, efter og opfølgende besvarelser	Før	Efter	Opfølgende	Udvikling	Reducering
Angst/bekymring	10,32	15,54	16,63	6,32	76 %
Depression	7,05	9,98	10,49	3,44	68 %
Mentalt velbefindende	6,32	10,93	11,61	5,29	88 %
Selvkontrol	4,85	8,76	9,37	4,51	80 %
Generel sundhedsopfattelse	7,49	9,88	10,71	3,22	80 %
Energi/vitalitet	6,12	9,9	10,2	4,07	76 %
Samlet trivselsscore	37,29	56,22	59,63	22,34	83 %

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i kommune-rettede projekter.

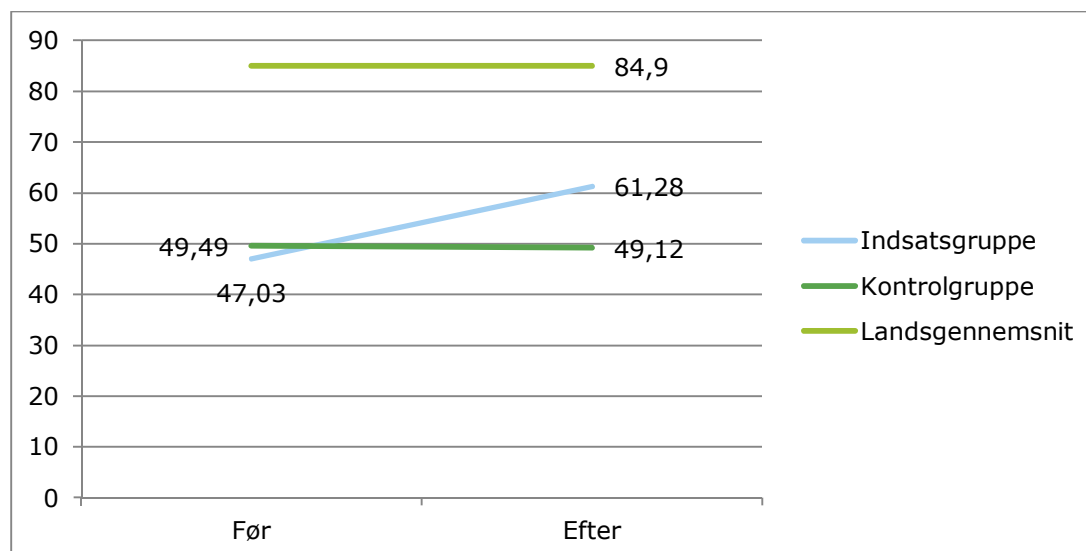
Ifølge tabellen ser deltagerne ud til at fastholde forbedringen i trivselsscoren et halvt efter, og 83 pct. har oplevet forbedringer i trivsel fra deres førmåling til deres opfølgende måling et halvt år efter, deres forløb er afsluttet. Der er sket en samlet udvikling på 22,34 på skalaen fra 0-110.

Ingen af de kommune-rettede projekter har gennemført en tilfredshedsundersøgelse i forhold til de børn/unge, som har modtaget behandling. Men alle projekterne giver udtryk for, at børnene/de unge er tilfredse med den behandling, de modtager via projektet. Flere projekter oplyser, at de har fået tilbakemeldinger fra forældre om, at deres barns/den unges situation er blevet bedre, og at børnene/de unge har fået mere selvtillid og er blevet bedre til at sætte ord på deres problemer efter behandling i projektet. Et projekt fremhæver desuden, at de selv vurderer at have en præventiv effekt på målgruppen, fordi eventuelle problemer bliver opfanget tidligt som følge af den behandling, projekterne tilbyder.

#### 5.3.4 Indsatsen på ungdomsuddannelser

I projekterne på ungdomsuddannelser er udviklingen i trivsel vurderet ud fra redskaber PGWBI, der er udfyldt af de unge selv. Ligesom for de kommune-rettede projekter har en kontrolgruppe udfyldt samme oplysninger. I nedenstående tabel ses de samlede gennemsnit for hele indsatsgruppen og hele kontrolgruppen.

**Figur 5.8: Udvikling for indsatsgruppe og kontrolgruppe i projekter på ungdomsuddannelser. Jo højere score, desto bedre trivsel**



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i projekter på ungdomsuddannelser.

**Tabel 5.6: Gennemsnitligt PGWBI-mål i før- og eftermåling. Jo højere score, desto bedre trivsel**

	Indsats		Kontrol	
	Før	Efter	Før	Efter
Angst/bekymring	12,59	16,44	13,95	13,81
Depression	9,05	11,46	9,17	9,36
Mental velbefindende	8,51	11,70	9,80	9,43
Selvkontrol	6,95	9,87	6,84	6,27
Generel sundhedsopfattelse	9,16	10,97	7,43	7,45
Energi/vitalitet	7,88	10,94	9,14	9,07
Samlet trivselsscore	47,03	61,28	49,49	49,12
N	281		152	

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt elever, der har modtaget behandling i projekter på ungdomsuddannelser.

Tabellen illustrerer, at udviklingen for kontrolgruppen i gennemsnit er en mindre tilbagegang, mens indsatsgruppen oplever tydelige forbedringer på alle dimensioner i målingen. Samlet set har indsatsgruppen opnået en forbedring på 14,3 point (skala fra 0-120), mens kontrolgruppen ikke har oplevet nogen forbedring i gennemsnit.

Ved at bruge matching-analysen kan vi sammenligne personer i kontrolgruppen, der minder mest muligt om deltagerne i indsatsgruppen. Resultatet i den analyse viser, at der er en **nettoeffekt** af indsatsen på **13,4 point, målt med PGWBI**. Det viser altså, at unge, der har modtaget indsatsen, opnår en væsentlig mere positiv udvikling, end de ville have gjort, hvis de havde modtaget den "normale indsats".

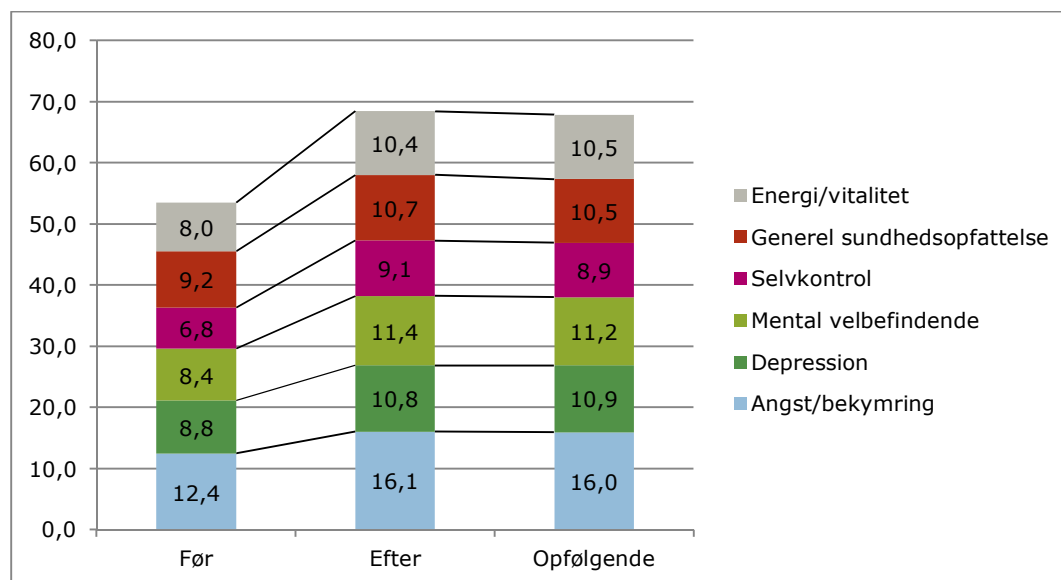
Som beskrevet tidligere har det været vanskeligt for projekterne at dokumentere klare effekter i forhold til frafald fra ungdomsuddannelserne. Det skyldes, dels at man har haft vanskeligt ved at opstille en troværdig baseline for, hvordan det normalt går for disse elever, dels at flere af uddannelsesinstitutionerne har oplevet en række større omlægninger i projektperioden.

Tabellen illustrerer ligeledes følgende:

- Førmålingen peger på, at målgruppen har en samlet trivselsscore på 47,31, hvilket er væsentligt under middelværdien for den danske befolkning på 84,9. I forhold til alle dimensionerne ligger målgruppen væsentligt under normalbefolkningen.
- Udviklingen fra før- til eftermålingen peger på en positiv udvikling for 77 pct. af deltagerne og en samlet udvikling på 14,73 point på skalaen fra 0-110.

I nedenstående figur ses udviklingen til den opfølgende måling foretaget et halvt år efter.

**Figur 5.9: Før-/efter-/opfølgingsmåling på projekter på ungdomsuddannelser. Jo højere score, desto bedre trivsel**



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt unge samt forældrene til børn, der har modtaget behandling i projekter på ungdomsuddannelser.

**Tabel 5.7: Før-/efter-/opfølgingsmåling på projekter på ungdomsuddannelser. Jo højere score, desto bedre trivsel**

Projekter på ungdomsuddannelser – Før, efter og opfølgende besvarelser	Før	Efter	Opfølgende	Udvikling	Reducering
Angst/bekymring	12,42	16,07	15,96	3,54	72 %
Depression	8,77	10,82	10,93	2,16	65 %
Mentalt velbefindende	8,4	11,35	11,16	2,75	79 %
Selvkontrol	6,77	9,07	8,86	2,09	65 %
Generel sundhedsopfattelse	9,16	10,7	10,46	1,3	56 %
Energi/vitalitet	7,98	10,44	10,49	2,51	70 %
Samlet trivselsscore	46,74	59,39	59	12,26	82 %

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt elever, der har modtaget behandling i projekter på ungdomsuddannelser.

Tabellen illustrerer, at deltagerne ser ud til at fastholde de forbedringer, de har opnået lige efter afslutningen af deres forløb et halvt efter. 82 pct. har oplevet forbedringer i trivsel fra deres før-måling til deres opfølgende måling et halvt år efter, deres forløb er afsluttet. Der er sket en samlet udvikling på 12,26 på skalaen fra 0-110.

En elev fra Randers fortæller om, hvad psykologhjælpen har betydet for hende:

*"[Psykologen] fortæller, at hun fornemmer, jeg har en depression og henviser mig til lægen. Jeg havde det rigtig skidt i den periode. Jeg kom til læge, og pludselig skulle jeg også have noget medicin, fordi jeg havde alle symptomerne på det. Jeg har bare fået det rigtig godt efter samtalerne og behandlingen. Jeg har det virkelig godt nu takket være hende."*  
(Elev, Randers).

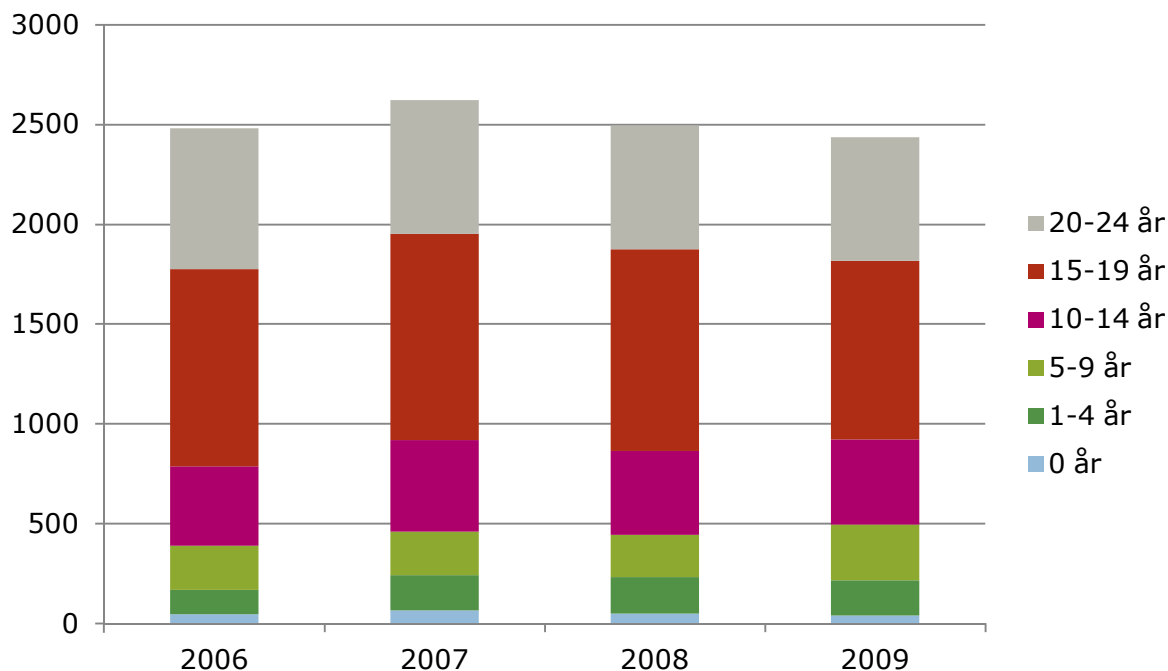
#### 5.4 Fortsat psykologisk eller psykiatrisk behandling?

En central bevæggrund bag puljen til psykologhjælp har været at mindske antallet af henvisninger til behandlingspsykiatrien. Rationalet var, at ved at mindske psykiske vanskeligheder og symptomer hos børn og unge ville det kunne have betydning, i forhold til at en række vanskeligheder ikke udviklede sig til at blive alvorlige nok til en kontakt til behandlingspsykiatrien.

Det har vist sig ganske vanskeligt for projekterne at dokumentere direkte sammenhæng mellem deres indsats og udviklingen i henvisninger til behandlingspsykiatrien. Mange projekter har haft en fornemmelse af, at man har undgået indlæggelser, men få har direkte kunnet dokumentere det.

Ser vi på udviklingen i antallet af indlæggelser med sindslidelser som primær diagnose, ses et relativt konstant billede fra 2006 til 2009, hvilket fremgår af nedenstående figur. Indlæggelser af børn og unge med psykiatriske diagnoser sker ikke kun i psykiatriske afsnit (såvel voksen- som børneafdelinger), men forekommer i vidt omfang også på de pædiatriske og intern medicinske afdelinger.<sup>17</sup>

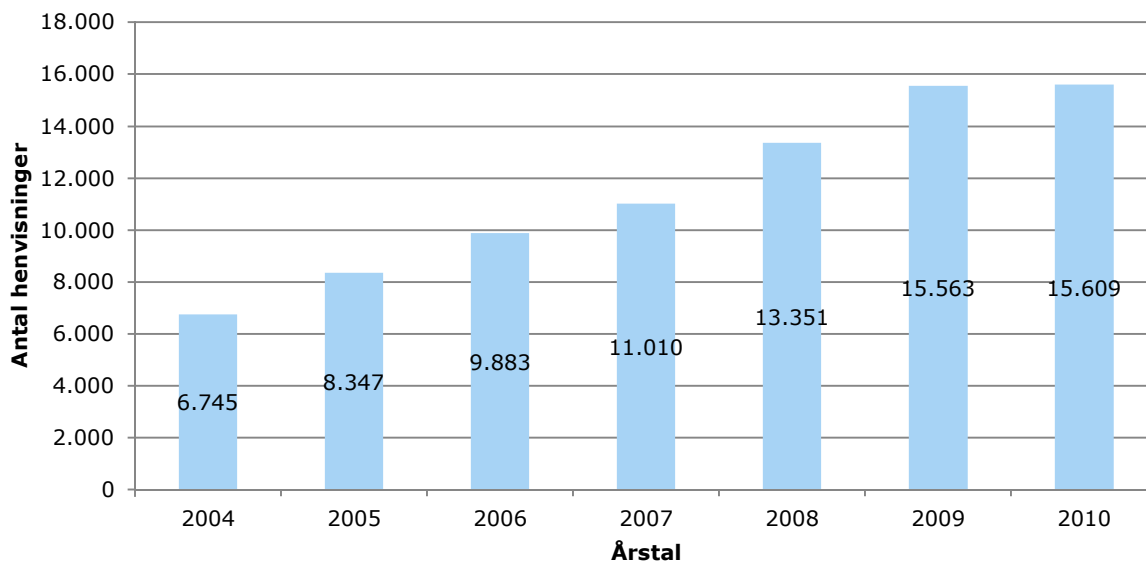
<sup>17</sup> Jf. Sundhedsstyrelsens statusnotat "Udviklingen i den børne- og Ungdomspsykiatriske virksomhed", 2008.

**Figur 5.10: Antal indlæggelser på sygehuse med sindslidelse som primær diagnose**

Kilde: Danmarks Statistik, Landspatientregistret.

Som illustreret tidligere peger opgørelser ligeledes mod et fald i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, jf. nedenstående oversigt.

Nedenstående figur viser en oversigt over antallet af henviste i årene 2004-2006, som opgjort i BupBasen, og årene 2009-2011, som opgjort af regionerne. Tallene er ikke umiddelbart sammenlignelige, men de giver en indikation af den udvikling, der har været i antallet af henvisninger.

**Figur 5.11 – Udvikling i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien<sup>18</sup>**

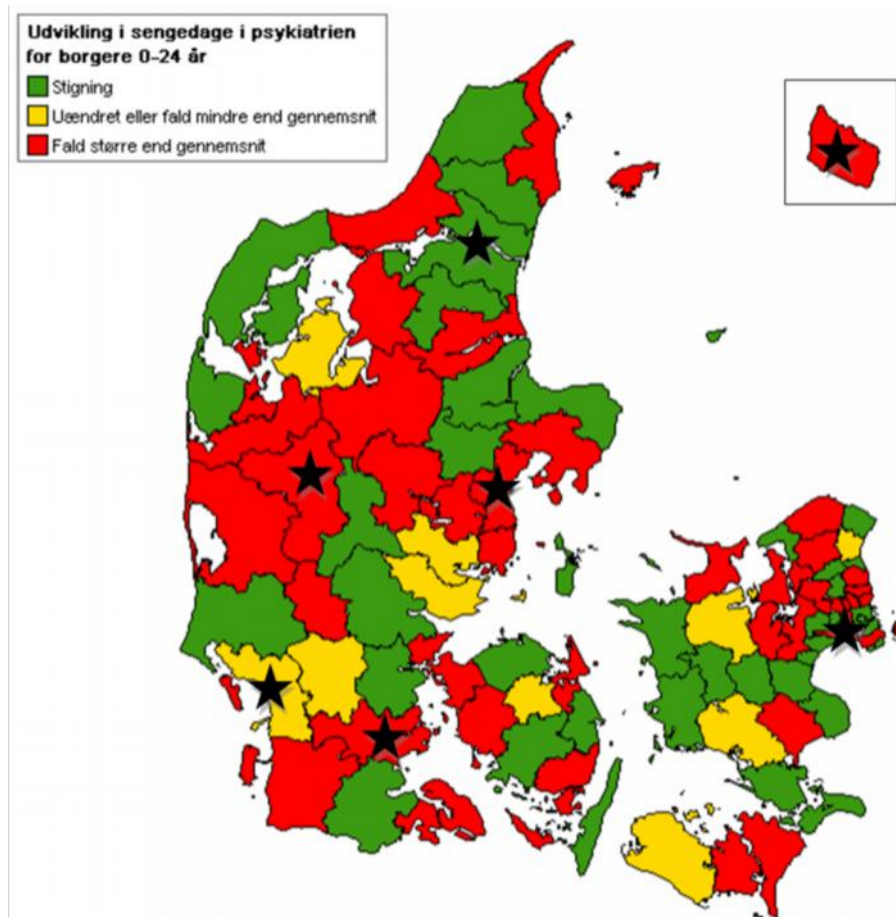
Kilde: BupBasen 2011

Antallet af henviste børne- og ungepsykiatrien har tidligere været opgjort i BupBasen, men er nu overgået til de nye regioner.

<sup>18</sup> BupBasen 2007 og regionernes aktivitetsopgørelser 2009-2011.

For at se nærmere på indsatsens effekt har vi opgjort udviklingen i antallet af indlæggelser og antal sengedage fordelt på kommuner og sammenholdt disse data med der, hvor der har været projekter.

**Figur 5.12: Udvikling i sengedage i psykiatrien for borgere i alderen 0-24 år i kommunerne**



Kilde: Danmarks Statistik

Ovenstående landkort viser udviklingen i antallet af sengedage fra 2007-2009 for personer med indlæggelser, der relaterer sig til sindslidelser. Tallene peger på en vis regional sammenhæng, således at relativt mange kommuner i Region Midt og Region Hovedstaden har oplevet et fald i antallet af sengedage, men tendensen er ikke entydig, hvilket illustrerer, at der er klare forskelle i udviklingen mellem kommunerne inden for samme region.

Ser vi på den specifikke udvikling i de kommuner, som har haft projekter, så tegner der sig et billede af, at fem ud af syv kommuner har oplevet et fald i antallet af sengedage, der er større end landsgennemsnittet. Der er ligeledes fem ud af syv der oplever et større fald end gennemsnittet i deres region. Det indikerer, at projektkommunerne i hvert fald har opnået en effekt i forhold til at reducere antallet af sengedage for unge, psykiatriske patienter.

**Table 5.8: Udvikling i sengedage i psykiatrien for borgere i alderen 0-24 år i projektkommunerne fra 2007-2009 i pct.**

Projektkommune	Region	Udvikling i kommunen	Udvikling på regionalt plan	Udvikling på landsplan
Bornholm	Hovedstaden	-3,6	-2,2	-2,3
Brøndby	Hovedstaden	-18,4	-2,2	-2,3
Esbjerg	Syddanmark	-2,2	-1,7	-2,3
Haderslev	Syddanmark	-2,8	-1,7	-2,3
Herning	Midtjylland	-5,4	-6,6	-2,3
Aalborg	Nordjylland	2,3	1,8	-2,3
Aarhus	Midtjylland	-7,9	-6,6	-2,3

Kilde: Danmarks Statistik.

I forhold til udviklingen i antallet af patienter har fire ud af syv projekter oplevet en udvikling i antallet af patienter, hvilket er lavere end landsgennemsnittet. Der er ligeledes fire ud af syv, der oplever en udvikling, der er lavere end gennemsnittet. Disse data indikerer således, at de medvirkende kommuner har oplevet en forbedring i forhold til henvisninger, indlæggelser og antallet af sengedage.

**Table 5.9: Udvikling i patienter i psykiatrien for borgere i alderen 0-24 år i projektkommunerne fra 2007-2009 i pct.**

Projektkommune	Region	Udvikling i kommunen	Udvikling på regionalt plan	Udvikling på landsplan
Bornholm	Hovedstaden	0,2	3,1	2,1
Brøndby	Hovedstaden	-5,4	3,1	2,1
Esbjerg	Syddanmark	-2,5	1,1	2,1
Haderslev	Syddanmark	2,3	1,1	2,1
Herning	Midtjylland	4,2	2,3	2,1
Aalborg	Nordjylland	0,0	1,4	2,1
Aarhus	Midtjylland	2,6	2,3	2,1

Kilde: Danmarks Statistik.

I forhold til udviklingen i antallet af patienter har alle projekter oplevet en udvikling i antallet af indlæggelser, der er lavere end landsgennemsnittet, mens fem ud af syv har en lavere udvikling end regionsgennemsnittet. Disse data indikerer således, at de medvirkende kommuner har oplevet en forbedring i forhold til henvisninger, indlæggelser og antallet af sengedage.

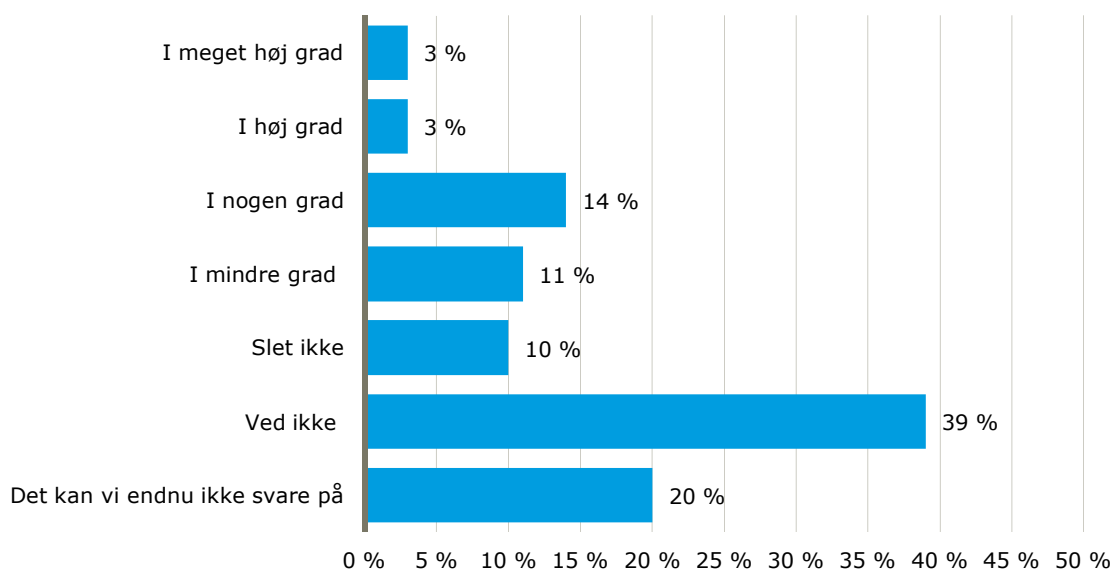
**Table 5.10: Udvikling i indlæggelser i psykiatrien for borgere i alderen 0-24 år i projektkommunerne fra 2007-2009 i pct.**

Projektkommune	Region	Udvikling i kommunen	Udvikling på regionalt plan	Udvikling på landsplan
Bornholm	Hovedstaden	1,7	6,2	4,3
Brøndby	Hovedstaden	2,9	6,2	4,3
Esbjerg	Syddanmark	-4,6	2,1	4,3
Haderslev	Syddanmark	2,6	2,1	4,3
Herning	Midtjylland	2,5	1,9	4,3
Aalborg	Nordjylland	4,1	4,6	4,3
Aarhus	Midtjylland	0,9	1,9	4,3

Kilde: Danmarks Statistik.

I den gennemførte interessentanalyse ses følgende billede:

**Figur 5.13: Kan I som følge af projektet se en reduktion i antallet af henvisninger til behandling på Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling?**



Kilde: Rambøll Managements survey blandt interessenter, 2011.

Figuren viser, at 20 pct. af interessenterne vurderer, at projektet i meget høj grad, høj grad eller nogen grad har ført til en reduktion i henvisninger, mens 39 pct. har svaret "ved ikke", og 20 pct. har svaret "Det kan vi endnu ikke svare på". Kun 10 pct. vurderer, at projektet slet ikke har haft en betydning i forhold til antallet af henvisninger.

I den gennemførte registeranalyse har vi set på brug af psykolog og psykiatriske speciallæger i sygesikringsregi for indsatsgruppen og kontrolgruppen.

**Tabel 5.11: Udgifter til psykolog og psykiater i 2009 – kommune-rettede projekter, under 13 år**

Gennemsnitlig offentlig støtte til psykolog og privatpraktiserende psykiater (i kr.)	
Indsatsgruppen	178
Kontrolkontrolgruppen	590
I alt	443

**Tabel 5.12: Udgifter til psykolog og psykiater i 2009 – kommune-rettede projekter, over 13 år**

Gennemsnitlig offentlig støtte til psykolog og privatpraktiserende psykiater (i kr.)	
Indsatsgruppen	123
Kontrolkontrolgruppen	583
I alt	478

Ovenstående tabeller illustrerer tydeligt, at kontrolgruppen gennemsnitligt har modtaget væsentligt mere støtte fra psykologer og psykiatere i den primære sektor. I gennemsnit har kontrolgruppen modtaget støtte for omkring 600 kr., mens indsatsgruppen under 13 år har modtaget støtte for 178 kr. i gennemsnit, og indsatsgruppen over 13 år har modtaget støtte for 123 kr. Kontrolgruppen modtog i gennemsnit tre gange mere støtte end indsatsgruppen i 2009. Forskellene dækker over, at en væsentligt større del af kontrolgruppen har modtaget behandling, mens relativt få fra indsatsgruppen modtog støtte (der til gengæld var væsentligt mere omfattende for de få personer, det vedrørte).



Ovenstående tal giver altså en tydelig indikation af, at behandlingen har en effekt i forhold til at reduceret behovet for psykologbehandling og psykiatrisk behandling hos speciallæger. Det skal endvidere bemærkes, at disse tal er baseret på en meget stor del af populationen og derfor må betragtes som meget valide.

Projekterne har i høj grad prioriteret at færdigbehandle de børn og unge, som de arbejder med. Der er projekter, som holder meget fast i en afgrænset periode eller antal psykologkonsultationer, som derfor kan være tvunget til at slippe børn og unge, som ikke er helt færdigbehandlede. Det gælder for eksempel Herning, hvor styregruppen har bestemt en tidsramme for behandlingerne, som ikke kan brydes:

*”Jeg tror, at det er vigtigt, at psykologerne får den handlefrihed til selv at sætte rammen. Lige nu har de ikke den mulighed. De giver slip på børn, der har brug for mere behandling, fordi de ikke kan forlænge. [...] Det er jo professionelle folk, de ved godt, de kan godt se, hvornår en person kan flyve, eller hvis der skal noget andet til.” (Forælder Herning).*

Men der er ikke deciderede henvisninger til fortsat psykologbehandling, efter at projektpsycologerne har afsluttet forløb. Der er til gengæld børn og unge, som bliver henvist til psykiatrisk behandling i forbindelse med psykologhjælpen. I Aalborg har de lavet statistik på, hvor mange de henviser til psykiatrien. Det startede med at være ca. 15 pct. af børnene men faldt til omkring 10 pct., efter psykologerne har oprettet et samarbejde med to privatpraktiserende psykiatere.

Psykologerne slipper imidlertid ikke børn eller unge, fordi de står på venteliste til en psykiatrisk undersøgelse, når det fortsat giver mening med psykologbehandling. Der er også en del, som efter psykiatrisk udredning og eventuel medicinering fortsætter i psykologbehandling. Det skyldes, at psykiatrien sjældent tilbyder anden behandling end medicinsk, og mange af de psykiatriske vanskeligheder kræver samtaleterapi ud over medicinsk behandling ifølge psykologerne. Flere af psykologerne sætter spørgsmålstegn ved, om psykiatrien lever op til behandlingsgarantien, når de kun tilbyder medicin.

I Aalborg prioriterer psykologerne at afholde overleveringsmøder, hvor alle relevante parter er inviteret i forbindelse med afslutning af forløb. Det opleves som utroligt hensigtsmæssigt fra samarbejdspartnernes side, fordi det giver god sparring og fælles forståelse af behovet fremadrettet, fx hvis barnet har behov for strukturhjælp på skolen eller aflastning i weekenden. Herning gør det samme, i tilfælde hvor de mener, at det er relevant.

I Viborg vurderer psykologen, at hun viderehenviser ca. 15-20 pct. til videre behandling, hvis det er til psykiatrisk udredning, fortsætter psykologen altid selv med sin behandling. Ofte henviser hun elever med overbliksvanskeligheder til en elevcoach, så de kan få hjælp til at skabe struktur, når de ikke selv kan. Hun henviser også ofte til en bedstefar, socialrådgiver eller kontaktlærer/mentor, afhængigt af hvad eleven har brug for.

*”Mit indtryk er, at det er den koordinerede indsats, der virker. Det er ikke ret tit, der er en ren psykologisk problemstilling, det er ofte ret komplekse problemstillinger, så hvis vi skal hjælpe dem videre, så skal det være gennem en koordineret indsats.” (Psykolog, Viborg).*

En styregrupperepræsentant uddyber: *”Det nytter ikke noget at få skolen til at fungere, hvis eleverne ikke har et sted at bo, hvor man kan sidde og lave sine lektier.” (Styregrupperepræsentant, Viborg).*

Projekterne på ungdomsuddannelserne har ikke direkte haft en tydelig effekt i forhold til at reducere ventelister til behandlingspsykiatrien. Det skyldes, at en relativt lille del af deltagerne i behandlingen tidligere har haft kontakt til behandlingspsykiatrien. Fra de gennemførte interviews og casestudier i projekterne fremgår det endvidere, at en række af de vanskeligheder, som de unge angiver at have, ikke direkte er behandlingskrævende og heller ikke nødvendigvis udvikler sig til at blive det.

Som tidligere beskrevet, er det primære udvælgelseskriterium for deltagelse i projekterne, at man er frafaldstruet pga. psykiske vanskeligheder – og i en række projekter ligeledes såkaldte

eksistentielle vanskeligheder. Den primære effekt af disse projekter skal derfor ikke ses i forhold til reduktion i behandling i psykiatrien.

Fra de gennemførte casestudier fremhæver flere af projekterne, at de vurderer, at de unges fremtidige behov for psykologbistand er reduceret, men det er ikke muligt at kvantificere den præcise effekt i forhold til denne dimension.

## 5.5 Gennemførelse af ungdomsuddannelse?

Et overordnet formål med projekterne på ungdomsuddannelserne var at sikre, at unge med begyndende psykiske vanskeligheder i højere grad gennemførte ungdomsuddannelser.

I evalueringen er der foretaget en registrering af CPR-numre for indsatsgruppen og kontrolgruppen. Ved at foretage en registeranalyse kan vi få et tværgående billede af uddannelsessituationen for dem, der har modtaget behandling, og for kontrolgruppen.

I nedenstående tabel ses resultaterne fra registeranalysen i forhold til igangværende uddannelse primo 2011.

**Tabel 5.13: Unge fra hhv. kontrol- og indsatsgruppen uden igangværende uddannelse**

	Indsatsgruppen		Kontrolgruppen	
	Antal	%	Antal	%
Ingen igangværende uddannelse	375	43 %	484	67 %

Tabellen viser væsentlige forskelle mellem indsatsgruppen og kontrolgruppen. 43 % af indsatsgruppen har ingen igangværende uddannelse, mens det for kontrolgruppen er 67 %.

Der kan være en række forklaringer på, hvorfor personerne ikke er i gang med en uddannelse, og tallene kan dække over, at en mindre del har gennemført en ungdomsuddannelse. Tallene giver dog en klar indikation af de unges uddannelsestilknytning.

Registeranalysen indikerer altså tydeligt, at frafaldet på ungdomsuddannelser er væsentligt lavere for dem, der har modtaget psykologhjælp, i forhold til unge med sammenlignelige problemer uden for indsatsen.

Det har vist sig at være vanskeligt for projekterne at foretage præcise opgørelser af frafald. De fleste af projekterne har således ikke kunnet fremskaffe systematiske opgørelser af specifikke frafaldprocenter for modtagerne af psykologhjælp og sammenligne med andre unges.

Projektet i Odense Kommune er dog en undtagelse. Her har man arbejdet med at kortlægge uddannelsessituationen systematisk for de elever, der har modtaget psykologbehandling. Resultaterne peger på, at 81,8 pct. af eleverne enten

- har fuldført uddannelse (25,5 pct.)
- fortsat er i gang med samme uddannelse (51,0 pct.)
- eller er i gang med anden uddannelse (5,3 pct.).

Odense Kommunes erfaringer peger således på, at man har sikret en fastholdelse på over 80 pct.. Sammenholdes dette niveau med de generelle gennemførselsprocenter på erhvervsuddannelser<sup>19</sup> (68 pct.), den gymnasiale uddannelse (92 pct.) og de generelle erfaringer, der peger på, at den største del af frafaldet skyldes personlige årsager, så peger alt på, at projektet har sikret en væsentligt højere fastholdelsesgrad for elever, der har modtaget psykologhjælp.

I Randers har de ikke en samlet opgørelse over frafald på uddannelserne. Desuden er det meget forskelligt indbyrdes mellem de forskellige uddannelser og afdelinger. På erhvervsuddannelserne var det psykologernes opfattelse, at frafaldet lå på ca. 20 pct., og i en statistik over frafaldet for elever, der har fået psykologhjælp, havde psykologerne opgjort, at 10 pct. af de behandlede faldt

<sup>19</sup> Danmarks Statistik, Nyt om Statistik, august 2011, nr. 352.

fra uddannelse. Det vil sige, at der er 10 procentpoint færre, der falder fra i gruppen, der har fået psykologhjælp, i forhold til det samlede antal. Og det er 20 procentpoint flere end psykologernes oprindelige målsætning. De havde regnet med, at frafaldet ville være 30 pct. for den gruppe, der modtager psykologhjælp.

I Viborg har de haft et stort dyk i frafaldet på ungdomsuddannelserne, efter Pyramiden er blevet etableret. Frafaldet kan således ikke alene tilskrives psykologhjælpen. Inden Pyramiden (inklusive psykologhjælpen) var der et frafald på grundforløbet på de erhvervstekniske uddannelser på 33 pct., som er faldet til 12-15 pct. i 2011.

Samlet set peger projekterfaringerne på, at projekterne har ført til et væsentlig lavere frafald på ungdomsuddannelserne.

Det er ikke kun ungdomsuddannelserne, som har bedre chance for at fastholde de unge i uddannelse, efter projektet har tilbudt psykologhjælp til psykiatri-nære problemstillinger; også i folkeskolerne har psykologhjælpen sandsynligvis betydning for gennemførelsesprocenten. I casestudierne talte vi med flere forældre til børn, som var droppet ud af skolen, eller som kunne se, at deres børn ikke ville kunne gennemføre skoleåret.

Flere forældre påpeger, at PPR eller skolen er langsomme til at reagere på børnenes fravær. Mange forældre oplever, at de ikke kan få skolen eller PPR i tale, hvis de har et barn, der mistriives, som *ikke* ødelægger undervisningen, enten ved at være stille eller undlade at være der.

En mor til et barn med symptomer, der minder om Asperger-syndrom ifølge psykologerne (barnet stod på venteliste til psykiatrisk udredning), oplevede, at hun selv var nødt til at bede skolen indberette drengens fravær til kommunen. Fraværet var langt over halvdelen af skoletiden i en periode på ca. et år. Moderen kunne se, at hun ikke kunne komme tilbage på arbejde fuld tid efter barsel på grund af drengens problemer og ville være nødt til at bede kommunen om lønkom-pensation. Drengen led af angst som følge af Asperger-symptomer. Derhjemme kollapsede han ind imellem, fordi han hyperventilerede, han nægtede at gå i skole, mistede lysten til at være til og stoppede med at spise. Familien havde været overladt til sig selv i 1½ år, før forældrene fandt projektet, fordi han ikke forstyrrede undervisningen med sit fravær.

*"Vi var ret bekymrede og var også i kontakt med PPR, men uden nogen reaktion. Der var ingen, der tog det seriøst, fordi han var en velbegavet og stille dreng. Det tydede på, at han var dygtig og vellidt. Vi fik at vide, at han var socialt engageret, og at vi gjorde alt rigtigt, I skal bare fortsætte. Vi nævnte på det tidspunkt, at han hyperventilerede, at benene forsvandt under ham, og at vi ikke kunne få ham af sted. Det var angstsymptomer, vi vidste bare ikke, at der var noget, der hed angst før 1½ år efter. Han kollapsede første gang lidt voldsomt i efteråret i 4. klasse og efterfølgende i foråret i 4. klasse. Men der var vi ikke opmærksomme på det. Og så igen fra efterårsferien i 5. klasse. Der kunne han slet ikke mere. Jeg var hjemme på barsel, og i december gik det helt galt, der spiste han ikke og mistede lysten til at være til. Vi havde ham ude af skole lige op til jul, der kunne han ikke mere. Vi kæmpede med ham i flere dage for at få ham i skole. Til sidst samlede han alt, hvad han havde, og tog af sted, og vi var så chokerede, da vi fik ham hjem fire timer senere, da var han brugt i en grad, så han kunne ikke mere."* (Forældre, Aarhus).

Andre forældre fortæller lignende historier om deres børn. Tendensen, blandt de forældre vi har talt med i casestudierne, har været, at børn med angst holder op med at gå i skole. Dog er det sjældent skolens skyld, at barnet er angst. Det er bare svært for barnet at håndtere i skolen. Det betyder dog samtidig, at barnet og skolen *kan* lære at håndtere angsten i samarbejde.

*"Jeg synes, det giver rigtig god mening med vores målgruppe, for her kan man på relativt kort tid få vendt en udvikling. På sigt ville det have kostet mange penge, for forældrene er måske holdt op med at arbejde, og børnene kommer ikke længere i skole."* (Psykolog, Aarhus).

Psykologerne i Herning supplerer: *"Jeg tænker også, at det her projekt, udover at afhjælpe psykiatrien, også kan være med til at hjælpe 95 pct. – målsætningen i forhold til uddannelse, fordi det er noget, der også er med til at få nogle børn ud i skolerne."* (Psykologer, Herning)

## 5.6 Var det godt nok? Samlet vurdering af effekter

I dette afsnit gives en tværgående vurdering af effekterne af puljen til psykologhjælp for såvel de kommune-rettede projekter som projekter på ungdomsuddannelser.

### 5.6.1 Kommune-rettede projekter

For at give en samlet vurdering af effekten ser vi i dette afsnit på tværs af de forskellige datakilder for at give et samlet bud på resultaterne af indsatsen.

Puljen til psykologhjælp har ikke opstillet klare succeskriterier for, hvor stor en effekt indsatsen forventes at have. Der findes derfor ikke nogen entydig måde at vurdere målopfyldelsen på i forhold til satspuljepartiernes ambitioner med puljen. Det forhold, at fire ud af syv af projekterne forankres i den kommunale indsats efter projektafslutningen, kan ses som en indikation på, at kommunerne har vurderet, at indsatsen var relevant.

Resultaterne tyder på, at indsatsen har gjort en positiv forskel – særligt for unge over 13 år. Et interessant fund i evalueringen er, at mens kontrolgruppen for børn under 13 år oplever en vis fremgang i trivsel ved den normale indsats, så oplever kontrolgruppen for unge over 13 år ingen forbedringer i trivsel fra før- til eftermålingen. Det kunne være en indikation af, at de almindelige indsatser til børn og unge i dagtilbud og skolealderen opfanger en række af de psykiske vanskeligheder, mens der for unge ikke i samme grad er kommunale tilbud, der kan afhjælpe de unges vanskeligheder. Evalueringen tyder derfor på, at indsatsen har den største effekt for de større børn og unge. For børn under 13 år er det et interessant fund, at gennemsnittet for gruppens trivsel bevæger sig fra at ligge i grænseområdet til at ligge i normalområdet. Selvom den anvendte målemetode ikke er et diagnostisk værktøj, så kan resultaterne indikere, at de har et mindre behandlingsbehov efterfølgende.

I forhold til den overordnede ambition om at reducere henvisninger til psykiatrien peger analysen på, at fem ud af syv kommuner oplever et fald i antallet af indlæggelser i psykiatrien fra 2007-2009, der er større end gennemsnittet for deres region – og alle et større fald end landsgennemsnittet. På grund af ændringer i opgørelsesmetoder er det ikke muligt at se på specifikke henvisninger fordelt på kommuneniveau, men udviklingen i indlæggelser kan ses som en klar indikation på, at indlæggelsesmønsteret er påvirket, og at indsatsen har en betydning i forhold til at reducere behovet for behandling i psykiatrien. Når der sammenlignes med udviklingen i de enkelte regioner, tager analysen således højde for udviklingen i regionernes samlede udvikling i antal af sengepladser mv. Projekterne og 20 pct. af interessenterne vurderer ligeledes, at indsatsen har medvirket til at reducere henvisninger til psykiatrien. Herudover peger den gennemførte registeranalyse på, at modtagerne har et væsentligt lavere forbrug af psykologydelse og psykiatrydelse hos speciallæger end børn og unge i en sammenlignelig situation uden for indsatsen.

**Samlet set** vurderer Rambøll og CFK, at de kommune-rettede projekter har haft en klart positiv effekt i forhold til at øge trivsel og forbedring af psykisk helbred for børn og unge med begyndende psykiske vanskeligheder. Effekten er ligeledes større end de indsatser, som er givet til borgere i andre kommuner med samme vanskeligheder. I forhold til de langsigtede ambitioner om at reducere antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien så peger evalueringen på, at hovedparten af projektkommunerne har formået at opnå et større fald eller en mindre vækst i antallet af indlæggelser end de øvrige kommuner i deres region. Samtidigt er behovet for psykologhjælp og privatpraktiserende psykiatere øjensynligt mindsket væsentligt.

### 5.6.2 Projekter på ungdomsuddannelser

Projekter på ungdomsuddannelser har dokumenteret klare forbedringer i elevernes trivsel efter indsatsens gennemførelse. Meget tyder derfor på, at eleverne oplever en forbedret trivsel som følge af indsatsen.

Puljen til psykologhjælp har ikke opstillet klare succeskriterier for, hvor stor en effekt indsatsen forventes at have. Der findes derfor ikke nogen entydig måde at vurdere målopfyldelsen på i for-

hold til satspuljepartiernes ambitioner med puljen. Det forhold, at tre ud af syv af projekterne forankres på uddannelsesinstitutionerne efter projektafslutningen, kan ses som en indikation på, at kommunerne har vurderet, at indsatsen var relevant.

Den gennemførte registeranalyse viser, at andelen af unge uden igangværende uddannelse er væsentligt højere i kontrolgruppen end i indsatsgruppen. 43 pct. af de unge i indsatsgruppen er uden igangværende uddannelse, mens det tilsvarende tal for kontrolgruppen er 67 pct. Disse tal indikerer, at projekterne har formået at mindske frafaldet på ungdomsuddannelserne betydeligt.

Samtidigt viser opgørelserne fra projekterne, at frafaldet blandt elever, der har modtaget psykologhjælp, er relativt lavt. Ikke alle projekter har foretaget komplette opgørelser af frafaldet, men deres opgørelser peger på et frafald mellem 10-20 pct. for målgruppen, hvilket generelt må betragtes som et godt niveau, da der i målgruppen var tale om frafaldstruede unge. Frafaldsniveauet skal ligeledes sammenholdes med det generelle frafald i 2010 på erhvervsuddannelser (33 pct.). Meget indikerer altså, at indsatsen har haft en konkret betydning i forhold til at reducere frafaldet på ungdomsuddannelserne.

**Samlet set** vurderer Rambøll og CFK, at projekterne på ungdomsuddannelser har haft en klar positiv effekt i forhold til at øge trivsel og forbedring af psykisk helbred for frafaldstruede unge på ungdomsuddannelser. Effekten er ligeledes større end de indsatser, som er givet til unge på andre ungdomsuddannelser med samme vaskeligheder. I forhold til de langsigtede ambitioner om at reducere fraværet tyder resultaterne på, at indsatsen har haft en klar betydning i forhold til at reducere fraværet.

## BILAG 1: OM PROJEKTERNE I PULJE TIL PSYKOLOGHJÆLP

Projektpuljen "Pulje til psykologhjælp" omfatter i alt 14 projekter, hvoraf de syv er kommune-rettede projekter med det formål at yde psykologhjælp til både børn og unge. Projekterne i puljen blev igangsat i 2008 og kører frem til udgangen af 2011. De kommune-rettede projekter er forankret i syv kommuner: Ålborg, Bornholm, Brøndby, Esbjerg, Haderslev, Herning og Aarhus.

I det følgende afsnit gives en kort præsentation af de enkelte projekter, herunder deres nærmere organisatoriske forankring, målgruppe, indsats typer, terapeutisk tilgang og medarbejdergruppe. Denne præsentation skal tjene som baggrundsinformation, der skal give en bedre forståelse af rapportens efterfølgende beskrivelser og konklusioner.

### Kommune-rettede projekter

#### Projekt "Børnepsykologisk behandlingstilbud" i Aalborg

Projektet "Børnepsykologisk behandlingstilbud" i Aalborg er forankret i Familiecentret i Aalborg Kommune. Familiecentret har en række tilbud til børn i alderen 0-14 år og deres familier – herunder rådgivning og behandling, dag- og døgntilbud mv. Projektet har fået stillet lokaler, sekretærbistand mv. til rådighed af Familiecentret. Der er tilknyttet tre psykologer, og projektet startede 1. januar 2008.

Målgruppen for projektet er børn bosiddende i Aalborg kommune og op til 14 år, som har brug for rådgivning, udredning eller behandling i forhold til lettere psykiatriske eller psykologiske problemstillinger, der forventes at kunne afhjælpes ved en psykologfaglig indsats. Projektet retter sig endvidere mod børn, der udskrives med en psykiatrisk diagnose, og hvor det vurderes, at der er brug for en efterfølgende psykologisk behandlingsindsats.

De børn projektet har fået henvist, er børn med forskellige angstsymptomer, lettere depression, tvangshandlinger/tvangstanker, socialkognitive vanskeligheder, gennemgribende udviklingsforstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelser eller psykosomatiske problematikker samt børn, der på anden vis mistrives, men hvor barnets mistrivsel ikke overvejende skyldes sociale vanskeligheder. Det er kendetegnende, at børnene har det svært både hjemme og i skolen/børnehaven, og at der ofte er brug for en indsats, der omfatter både barn, forældre og skole/børnehave.

Projektet anvender udredning og individuelle terapiforløb med afsæt i kognitiv terapi. Der kan derudover tilbydes psykoeducation og rådgivende samtaler til forældre, hvis dette skønnes relevant for at understøtte en positiv udvikling hos barnet. Psykologerne inddrager desuden netværket, fx skole, fritidsordning og rådgiver fra socialforvaltningen, i forhold til en koordineret indsats.

#### Projekt "Psykiatriprojekt Bornholm" på Bornholm

Projektet "Psykiatriprojekt Bornholm" startede i marts 2008 og er forankret i Børnecenter Bornholm, der rummer familiebehandlere, sundhedsplejersker, SSP-medarbejdere og PPR-medarbejdere. Tilknyttet projektet er to fuldtidsmedarbejdere, som er uddannet hhv. cand.pæd.psyk. og cand.psyk., og som i løbet af projektperioden har erhvervet sig en kognitiv terapiuddannelse. De to psykologer er ledelsesmæssigt underlagt teamlederen for psykologerne på børnecentret. Projektet fungerer selvstændigt, men der samarbejdes med de andre PPR-psykologer, i det omfang det er relevant.

Projektets målgruppe er alle børn og unge i aldersgruppen 0-18 år på Bornholm med begyndende eller lettere psykiske problemer samt børn og unge, som er afsluttet i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

Projektet arbejder primært med udredninger og individuelle terapiforløb. Psykologerne arbejder overvejende kognitivt, men anvender også forskellige andre terapeutiske metoder, alt efter den konkrete problematik. Et typisk samtaleforløb er på mellem 10 og 25 timer. Psykologerne forsøger at arbejde så helhedsorienteret som muligt, og familie og relevante fagpersoner inddrages i samtalerne, når det anses som fordelagtigt.

### **Projekt "Ungeambulatorium i Brøndby" i Brøndby**

Projekt "Ungeambulatoriet i Brøndby" startede 1. marts 2008. Organisatorisk er ambulatoriet placeret i Tranemosegård-organisationen, der er en paraplyorganisation under Brøndby Børneforvaltning bestående af specialtilbud til udsatte børn og unge. Aktuelt består Tranemosegård af en skole- og foranstaltningsdel (alternative skoletilbud, kontaktnetværk, bo- og opholdssteder) samt en fritids- og forebyggelsesdel bestående af seks enheder (bl.a. væresteder, pigeclub og sejlerklub etc.). Personalet kan henvise til projektet. Der er tilknyttet tre psykologer (heraf to med specialistgodkendelse i psykoterapi) og en sekretær til projektet.

Målgruppen for projektet er unge i alderen 12-18 år, som vurderes at have brug for psykologhjælp i varierende omfang. Projektet har fokus på unge med følgende problemstillinger:

- Danske piger med adfærdsproblemer (især 12-14-årige).
- Danske piger med emotionelle problemer (spiseforstyrrelser, cutting mv.).
- Danske drenge med adfærdsproblemer, herunder kriminalitet, vold og brug af rusmidler.
- Tosprogede piger med adfærdsproblemer og emotionelle forstyrrelser, hvilket ofte er relateret til deres flerkulturelle baggrund.
- Tosprogede drenge med adfærdsproblemer, herunder kriminalitet, vold og brug af rusmidler.

Projektet benytter sig af grundig udredning og behandlingsindsats i forhold til børn og unge med lettere psykiske problemer. De børn/unge, der er tilbudt behandling i projektet, er tilbudt psykoterapi én gang om ugen i en periode fra 2-9 måneder. Projektet benytter sig af psykodynamisk og narrativ tilgang.

### **Projekt "PCBU's tilbud til børn og unge med psykiatrinære problemstillinger" i Esbjerg**

Projektet "PCBU's tilbud til børn og unge med psykiatrinære problemstillinger" startede i januar 2008. Projektet er forankret i Psykologisk Center for Børn og Unge (PCBU) i Esbjerg. PCBU tilbyder psykologisk rådgivning og behandling til børn og unge i alderen 0-18 år. Desuden ydes der rådgivning til forældre og til personer, der arbejder med børn og unge (socialrådgivere, pædagoger, læger, sundhedsplejersker m.fl.). Projektet er en selvstændig enhed i centret med særskilte vilkår og procedurer, men med adgang til alle faciliteter. Der er to psykologer tilknyttet.

Målgruppen er 4-18-årige børn og unge i fem kommuner i Sønderjylland med følgende problemstillinger:

- Børn og unge med særlige vanskeligheder og psykiske problemer, hvor det skønnes, at psykologisk udredning og psykoterapeutisk indsats, evt. i samarbejde med andre tilbud, vil kunne forebygge, at problemerne udvikler sig til en egentlig psykisk lidelse.
- Børn og unge med en lettere grad af psykiatriske symptomer (tristhed, selvmordstanker, selvskadende adfærd, spiseforstyrrelse, angst- og tvangssymptomer). Der kan være tale om børn og unge, som er på venteliste til Børne- og ungdomspsykiatrien, er afvist efter visiterende samtale eller er afsluttet med anbefaling om psykologbehandling.

Projektet arbejder primært med udredninger samt individuel terapi og gruppeterapi. I de terapeutiske samtaleforløb bliver der trukket på et bredt spekter af metoder – fra psykoeducation over kognitiv terapi og adfærdsmodifikation til narrativ, systemisk terapi. Familie og relevante fagpersoner inddrages i samtalerne efter behov, ligesom psykologen kan deltage i møder med det faglige netværk omkring barnet/den unge.

Antallet af samtaler per barn/ung varierer meget. Der gennemføres både korte samtaleforløb på ca. 5 samtaler og længere forløb med 25-30 samtaler. Der etableres endvidere gruppeterapi for unge med kompatible problematikker.

### **Projekt "Grupper kun for børn og unge" i Haderslev**

Projektet "Grupper kun for børn og unge" i Haderslev er et gruppeterapeutisk behandlingstilbud til børn og unge med psykiske problemer. Den første gruppe startede i april 2008. Projektet er organisatorisk placeret i PPR i Haderslev Kommune. Der er ansat to psykologer.

Målgruppen for projektet er:

- Børn og unge med selvskadende adfærd
- Børn og unge med psykisk syge forældre
- Børn og unge med angstlidelser
- Børn og unge, der oplever skilsmisse.

Projektet gennemfører primært gruppebehandlinger, men enkelte børn har fået en individuel behandling. Behandlingen er 1,5 times gruppeterapi hver anden uge for de 8-12-årige og 2 timer hver anden uge for de 13-17-årige. Behandlingen varer typisk et halvt år (10-12 gange). Dog gennemføres der et længere behandlingsforløb for selvskadende unge.

Projektet anvender kognitiv terapi med fokus på barnets følelser, såsom tilknytningsadfærd, samspil med omgivelserne/netværket/videreudvikling, og projektet anvender en narrativ tilgang i behandlingen med udgangspunkt i fx højtlesning af bøger om en bestemt problemstilling.

### **Projekt "Forsøg med psykologisk behandling til børn og unge med psykiske problemer" i Herning**

Projektet "Forsøg med psykologisk behandling til børn og unge med psykiske problemer" er placeret på to institutioner: Børnehjemmet Toften for børn og unge i alderen 0-14 år og Hedebo-centret for unge i alderen 15-18 år. Børnehjemmet Toften er en selvejende døgninstitution, der har status som akutinstitution, og modtager børn døgnet rundt, mens Hedebo-centret er en kommunal behandlingsinstitution, der drives i henhold til Lov om Social Service. Institutionen rummer døgn-, dag- og ambulant behandling for unge i alderen 14-25 år og har kapacitet til ca. 60 unge. Ledelsesmæssigt er projektet underlagt de to institutioner. Der er ansat tre psykologer, og projektet startede den 1. april 2008.

Målgruppen for projektet er børn og unge i alderen 0-18 år fra Herning kommune, subsidiært børn og unge fra omkringliggende kommuner, med begyndende eller lettere psykiske problemer, der endnu ikke nødvendiggør behandling i Børne- og ungdomspsykiatrien. Konkret gælder det børn og unge med:

- Lettere forbier, angst eller depression
- Tendenser til tvangspræget adfærd
- Er selvmordtruede.

Behandlingen tager udgangspunkt i kognitiv terapi, herunder vurdering af udgangspunktet samt fastlæggelse af realistiske behandlingsmål med udgangspunkt i SMART-metoden. Psykologerne arbejder både med en problemløsende metode og en skemafokuseret form, og aktiviteterne foregår i sessioner og via hjemmearbejde mellem sessionerne. Et behandlingsforløb strækker sig typisk over seks måneder med 12-15 sessioner.

### **Projekt "Psykologisk behandling for unge i psykiatriens grænseland" i Århus**

Projektet "Psykologisk behandling for unge i psykiatriens grænseland" er forankret i dels Århus Ungdomscenter dels Århus Socialcentre. Århus Ungdomscenter er en del af Århus Socialforvaltning og består af seks afdelinger, der hver især har specialiseret sig i at hjælpe unge primært under 18 år med psykosociale problemer. Socialcentrene i Århus tilbyder forældre med børn og unge gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien.

Projektmidlerne er således fordelt på to psykologteams. Den aldersmæssige afgrænsning er 0-13 år for projektet i Århus Socialcentre og 14-18 år i Århus Ungdomscenter. Projektet i Århus Ung-



domscenter startede i marts 2008, mens projektet i Århus Socialcentre startede i august 2008. I alt er der seks psykologer ansat på projektet.

Målgruppen for projektet er karakteriseret ved:

- Børn og unge med lette eller moderate former for angst, depression og spiseforstyrrelse.
- Børn og unge, der er personlighedsmæssigt svært ustabile, herunder selvskadende og unge med selvmordsadfærd.
- Børn og unge med aggressiv og voldelig adfærd, herunder ADHD.
- Børn og unge med anden etnisk herkomst, hvor der er mistanke om psykisk sygdom eller lidelse.
- Børn og unge med belastningsreaktioner.
- Børn og unge, der reagerer voldsomt på stress og belastning.

Projektteamet forankret i Århus Ungdomscenter tilbyder individuelle og gruppeterapiforløb samt udredning. Behandlingen tager udgangspunkt i viden om ungdomsliv og er baseret på kognitiv terapi. De kognitive behandlingsmodeller er i hovedsagen rettet mod voksne, hvorfor psykologerne løbende arbejder på at tilpasse metoden og de terapeutiske hjælpeværktøjer, så de bedre matcher unge.

Psykologerne forankret i Århus Socialcentre anvender udredning/psykologisk undersøgelse, individuelle terapi samt vejledning af forældre og netværk ud fra barnets funktionsniveau, dets kompetencer og særlige sårbarhed. Dertil kommer konsultationsopgaver i forhold til familierådgivere og netværk i komplicerede sager. Projektet har derudover oprettet en forældregruppe til forældre med 'eksplosive børn'. Det metodiske grundlag er eklektisk, idet psykologerne arbejder med udgangspunkt i forskellige metoder: systemisk metode, tilknytningsteori og objektrelationsteori og kognitive behandlingsmetoder. Overordnet fælles referenceramme er "Developmental Psychopathology".

## Projekter på ungdomsuddannelser

### Projekt "Psykologisk rådgivning og støtte til frafaldne elever" på Social- og SundhedsuddannelsesCentret Brøndby

Projektet "Psykologisk rådgivning og støtte til frafaldne elever" er forankret i uddannelsesinstitutionen Social- og SundhedsuddannelsesCentret (SoSU-C), som har afdelinger i Brøndby, Herlev og Gladsaxe. Der er ansat en psykolog, som tilbyder psykologisk rådgivning i Brøndby og Gladsaxe hhv. tre og to dage om ugen. Projektet startede op 1. marts 2008.

Udgangspunktet for projektet er, at en del elever på de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser har personlige og sociale baggrunde, der gør, at de har læringsproblemer og er frafaldstruede. En del elever har begyndende eller lettere psykiske og eksistentielle problemer. Formålet med projektet er at fastholde disse elever gennem psykologisk rådgivning og støtte. Denne rådgivning skal være med til at sikre elevernes personlige kompetencer, der gør, at de kan stå mål med de udfordringer, som uddannelsen og praktikken kræver.

Den primære målsætning for projektet er at nedbringe antallet af frafaldne elever.

Derudover har projektet en række delmål:

- Udvikling i kognitive metoder til at understøtte elevens læringsprocesser og mestring af egen livssituation
- Undersøgelse af effekten i kombinationen af henvisning og åbne tilbud
- Høj grad af elevtilfredshed med tilbuddet (undersøges via spørgeskema og interviews)
- Høj grad af tilfredshed med tilbuddet blandt undervisere og vejledere, som har modtaget rådgivning og sparring.

Hvad angår målgruppen, så henvender projektet sig ifølge projektansøgningen til frafaldstruede elever, hvor det opleves som meningsfuldt af eleven at modtage psykologisk støtte. Der kan være tale om elever med et højt angstniveau, lavt selvværd, elever, hvor tidligere glemte/fortrængte ubearbejdede oplevelser dukker op, elever med problemer i forhold til deres etniske

baggrund, elever med krise i forbindelse med dødsfald eller misbrug i familien eller elever, der enten har eller har haft en psykiatrisk diagnose.

Ca. 3000 elever går på uddannelserne, heraf falder mellem 20-35 procent fra, afhængigt af uddannelse. Projektet skønner, at ca. 25 procent af det samlede frafald kunne have haft nytte af psykologisk støtte.

Projektet er forankret i SOSU-C's administration, og psykologen er ledelsesmæssigt underlagt sekretariatet for ledelse og udvikling. Projektet er en isoleret enhed, men indgår i et overordnet fastholdelsesprojekt. Der er oprettet en styregruppe, som består af direktøren, en repræsentant fra hver af afdelingerne (Brøndby og Gladsaxe) og tre undervisere.

Psykologen samarbejder eksternt med den kommunale forvaltning, praktiserende læger og Center for spiseforstyrrelse, mens hun internt på uddannelsesinstitutionen samarbejder med underviserne, vejlederne og kontaktlærerne.

### **Projekt "Etablering af anonym psykologrådgivning for unge" på Lolland**

Projektet på Lolland består af en anonym psykologrådgivning for unge, der er tilknyttet ungdomsuddannelser i Lolland og Guldborgsund kommuner. Projektet startede op marts 2008.

Projektets overordnede målsætninger er at gennemføre 600 samtaleforløb og 200 systemiske relationssamtaler med unge i målgruppen, med det formål at reducere frafaldet og forstærke gennemførelsesprocenten på ungdomsuddannelserne betydeligt.

Mere konkret er projektets målsætning at minimere og aktivt forebygge den del af frafaldet på ungdomsuddannelserne, der kan tilskrives de unges psykosociale problemer ved at styrke de forebyggende psykologiske vejlednings- og behandlingstilbud for unge med psykiske og eksistentielle problemer på ungdomsuddannelser i Lolland og Guldborgsund kommuner.

Målgruppen for projektet er unge, der er tilmeldt en ungdomsuddannelse i Lolland og Guldborgsund kommuner, og som har behov for psykosocial rådgivning. Aldersgrænsen for projektet er 23 år. Projektet tilbyder psykologhjælp til unge med følgende problemstillinger:

- Mangler mening og retning i livet
- Selvmordstruede
- Har ingen eller svage netværk
- Familieproblemer med forældre som er misbrugere eller psykisk syge
- Har et misbrug
- Har været udsat for brud og omsorgssvigt
- Har været udsat for seksuelt misbrug og lignende
- Lider af psykosomatiske problemer
- Har oplevet tab.

Projektets målgruppe er desuden kontaktlærere og studievejledere, som via projektet får mulighed for at indgå i undervisningsforløb og få individuel rådgivning og supervision om afklaring, visitering og behandlingstilbud for de unge i målgruppen.

Projektet dækker næsten alle ungdomsuddannelser i de to kommuner på Lolland. Der er ansat to 2 psykologer i projektet.

Projektet har et tæt samarbejde med Psykologisk Pædagogisk Center i kommunerne, hvor PPR og de psykologer, der er tilknyttet social- og skoleområdet, er samlet. Derudover samarbejder projektet med Ungdommens Uddannelsesvejledning, vejledere og kontaktlærere på ungdomsuddannelserne samt produktionsskolerne. Samarbejdet består primært i gensidige henvisninger af børn.

### **Projekt "Fastholdelse i ungdomsuddannelserne" i Ungdommens Uddannelsesvejledning Nordvestsjælland**

Projektet er etableret som et forpligtende samarbejde mellem en række uddannelsesinstitutioner i Nordvestsjælland. Ungdommens Uddannelsesvejledning Nordvestsjælland varetager funktionen som projektleder, og koordinerer samarbejdet mellem uddannelsesinstitutionerne i projektet. Projektet dækker følgende uddannelsesinstitutioner: Høng Gymnasium og HF, Kalundborg Gymnasium, Odsherred Gymnasium, Stenhus Gymnasium Holbæk, EUC Holbæk, EUC Kalundborg, VUC Holbæk og Kalundborg, SOSU Dianalund, SOSU Holbæk, SOSU Ringsted, Svinninge Produktionsskole, Svebølle Produktionsskole og Tølløse Produktionsskole. Projektet startede op 1. december 2007.

Det overordnede formål med projektet er at etablere et psykologisk center, hvor unge på de ovennævnte uddannelsesinstitutioner, der af personlige og psykisk betonedede årsager er i risiko for at frafalde deres ungdomsuddannelse, kan modtage den støtte og vejledning, der er nødvendig for, at de unge fastholdes og gennemfører den påbegyndte uddannelse.

Derudover har projektet fokus på vidensgenerering samt etablering af tværgående netværk og samarbejdsrelationer blandt uddannelsesinstitutionerne i Nordvestsjælland.

De uddannelsesinstitutioner, der er tilknyttet projektet udfører samlet set undervisning for 2600 årselever. Frafaldsprocenten på uddannelsesinstitutionerne ligger gennemsnitligt omkring 15 pct., hvoraf institutionerne vurderer, at 6-8 pct. frafalder på grund af personlige (psykologiske/eksistentielle) problemstillinger. Dette betyder, at ca. 200 årselever er i fare for at frafalde på grund af psykologiske/eksistentielle problemstillinger.

Projektet har seks hovedformål:

- Psykologisk udredning af unge, der på grund af social begivenhed er i akut fare for frafald
- Forebyggende psykologiske behandlingsforløb for unge (individuel eller i grupper) der generelt mistrives på grund af psykologiske og eksistentielle problemer
- Supervision og opkvalificering af kontaktlærere og undervisere med henblik på hurtigere identificering af truede unge
- Identificere gråzone-områder og snitfladeproblematikker med henblik på at udvikle en god sagsoverleveringspraksis mellem offentlige støttesystemer
- Indsamle og formidle viden om målgruppen og indsatsens effekt
- At skabe regional opbakning og forankring gennem netværksdannelse og partnerskab.

Der er en meget stor spredning i målgruppen i forhold til, hvilke problemer de unge har. De unge henvender sig med forskellige variationer af problemer, der strækker sig fra problemer med venner, forældre og økonomien til stofmisbrugs- og seksuelle problemer.

### **Projekt "Etablering af åben, anonym psykologrådgivning for unge på ungdomsuddannelserne" i Næstved Kommune**

Projektet "Etablering af åben, anonym psykologrådgivning for unge på ungdomsuddannelserne" er forankret i Næstved Kommune, og projektet samarbejder med EUC Sjælland, Næstved Gymnasium samt Handelsskolen Sjælland Syd. Projektet startede op 1. januar 2008.

Formålet med projektet er at styrke det forebyggende psykologiske behandlingstilbud over for unge med psykiske og eksistentielle problemer på ungdomsuddannelserne i Næstved.

Målsætningerne for projektet er dels at øge de unges psykiske og sociale trivsel på ungdomsuddannelserne, dels minimere det markante frafald, der kan tilskrives de unges psykosociale problemer. Helt konkret er målsætningerne, at 60 procent af de unge, der konsulterer rådgivningen, vil kunne fastholdes i deres uddannelsesvalg, mens yderligere 25 procent vil kunne fastholdes i et andet uddannelsestilbud.

Målgruppen for projektet er alle unge under 25, der er tilmeldt en ungdomsuddannelse i Næstved (3800), og som har behov for psykosocial rådgivning.

Projektet har opstillet følgende kategorier for elevernes problemstillinger:

- Tab, sorg
- Kriser og traumer
- Depression/tristhed
- Selvmordstanker/-forsøg
- Selvskadende adfærd
- Spiseforstyrrelser
- Seksuelt misbrug
- Psykisk/fysisk overgreb
- Angsttilstande
- Psykosomatiske reaktioner
- Relationsproblemer (herunder familiære problemer)
- Stress
- Misbrug (Stof, alkohol)

Projektet er forankret både i kommunen og på kommunens uddannelsesinstitutioner fx gymnasiet, HF, handelshøjskolen og SOSU-uddannelser. Der er ansat fem psykologer i projektet med en arbejdstid svarende til en fuldtidsmedarbejder.

Herudover har kommunen bevilget løn til en halv psykologstilling årligt og uddannelsesinstitutionerne har stillet lokaler og it-udstyr til rådighed.

Projektet samarbejder med underviserne på de tre uddannelsesinstitutionerne: EUC Sjælland, Næstved Gymnasium og Handelsskolen Sjælland Syd. Derudover samarbejder projektet med den kommunale forvaltning, Ungdommens Uddannelsesvejledning, praktiserende læger, praktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium.

### **Projekt "Etablering af psykologisk behandlingstilbud til ungdomsuddannelsen" i PPR Odense**

Projektet "Etablering af psykologisk behandlingstilbud til ungdomsuddannelserne" er forankret i PPR i Odense. Formålet med projektet er at give unge med begyndende eller lettere psykiske lidelser på erhvervsrettede ungdomsuddannelser i Odense Kommune et tilbud om psykologhjælp. Der er tre psykologer tilknyttet, som tilbyder psykologhjælp på fem uddannelsesinstitutioner i Odense; Syddansk Erhvervsskole, Tietgen Skolen, Social og Sundhedsskolen, Kold College og Dalum Landbrugsskolen. Projektet startede op i marts 2008.

Projektet har opstillet en række målsætninger inden for tre områder: samarbejde, effekt/tilfredshed og økonomi.

I forhold til samarbejde er målsætningen, dels at der efter første år er udbredt kendskab til tilbuddet, dels at formalisere samarbejdet med Børne- og ungdomspsykiatrien og Familiehuset i Odense Kommune med henblik på at bibeholde elever med begyndende eller lettere psykiske lidelser i uddannelsessystemet.

I forhold til effekt/tilfredshed er det projektets målsætning at mindske antallet af elever med begyndende eller lettere psykiske lidelser, der ikke fuldfører deres uddannelse samt at brugere af og henvisere til tilbuddet om psykologhjælp skal udtrykke tilfredshed med ydelsen og henvisningsprocedurer.

I forhold til økonomi er det projektets målsætning, at tilbuddet ved projektperiodens ophør skal være omkostningsneutralt (set i sammenhæng med taxametersystem).

Målgruppen for projektet er elever på erhvervsfaglige og erhvervsgymnasiale ungdomsuddannelser i Odense Kommune, der har lettere psykiske lidelser (11.300 elever). Overordnet har de elever, som kommer i kontakt med projektet det til fælles, at de anses for frafaldstruede. Derudover har projektet opstillet seks kategorier, som sammenfatter de problemfelter, psykologerne observerer hos eleverne:

- Forældre/familie, hvor familiedynamik er den primære problemstilling (eks. skilsmisser, misbrug, psykisk sygdom, vold i familien)
- Psykiatrinære problemstillinger (eks. igangværende eller begyndende selvskadende adfærd eller begyndende spiseforstyrrelser, selvmordstanker)
- Sorg, kriser og traumer (eks. dødsfald, voldtægt, kritisk sygdom i familien, incest)
- Uddannelse (eks. eksamensangst, problemer med at klare deres uddannelse, som er tungere end hvad studievejlederen kan klare)
- Personlighed/identitet (hænger meget sammen med uddannelseskategorier og kæreste-problematikker)
- Misbrug.

Der tilbydes individuel terapi, individuelle samtaleforløb/rådgivning, gruppeforløb, udredning og undervisning af unge.

Projektet samarbejder med PPR, den kommunale forvaltning, Ungdommens Uddannelsesvejledning, Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, Ungekontakten og de fem uddannelsesinstitutioner.

### **Projekt "Hold fast" på Randers Tekniske Skole**

Projektet "*Hold fast*" er forankret i Randers Tekniske Skole og gennemføres som et samarbejde mellem Randers Tekniske Skole, Handelsskolen Minerva (Randers og Hobro) og Social- og Sundhedsskolen (Randers og Grenaa). Psykologteamet består af to psykologer, og projektet startede 1. februar 2008.

Den overordnede målsætning for projektet er, at eleverne støttes i at opnå/fastholde tilstrækkelig mestring i forhold til gennemførelse af ungdomsuddannelsen, så de ikke marginaliseres uddannelsesmæssigt som følge af psykiske eller eksistentielle problemer.

Det sekundære formål er at identificere og forebygge ekskluderende mekanismer i skolernes praksis, som rammer elever med lav mestring som følge af psykiske og eksistentielle problemer i forhold til gennemførelse af en ungdomsuddannelse. Konkret sker det bl.a. ved, at psykologteamet bidrager med psykologfaglige input til arbejdet med læringsmiljø og elevtrivsel.

Det tertiære formål er at bidrage til kvalificeringen af lærerstabens psykologiske forståelse, beredskab og handleevne i forhold til læringsmiljø og elevtrivsel.

Målgruppen for projektet er alle elever ved de tre uddannelsesinstitutioner med behov for psykologhjælp (i alt 4300 elever vil være omfattet af tilbuddet). Projektets sekundære målgruppe er medarbejdere med elevkontakt på de tre tilknyttede skoler. Fokus i arbejdet er også en øget elevtrivsel.

Projektet skønner, at op til 10 pct. af eleverne er præget af depressioner, traumatiske hændelser, lavt selvværd, angst mv. i et omfang, som kræver psykologhjælp. Nedenfor er en gruppering af de overordnede kategorier af problemstillinger, som elever præsenterer til individuelle samtaler:

- forældre/familieproblematikker (både i opvækstfamilien og den nuværende familie)
- psykiatrinære problemer (såsom angst, depression, spiseforstyrrelser osv.)
- sorg, krise, traumer
- skolerelaterede problemer (såsom indlæringsvanskeligheder, sociale problemer på skolen)
- identitetsproblemer (såsom selvværdsproblemer).

Der er tilknyttet to psykologer til projektet. Ledelsen af projektet foregår via en styregruppe som har en repræsentant fra de tre tilknyttede skoler. Styregruppen afholder møder ca. 4 gange om året.

### **Projekt "Psykologhjælp til unge" på Mercantec, Viborg**

Projektet "Psykologhjælp til unge" er placeret på Mercantec, en uddannelsesinstitution, som opstod på baggrund af fusionerne mellem EUC MIDT og Viborg Handelsskole. Der er tre psykologer tilknyttet projektet, der tilbyder psykologhjælp til alle elever på Mercantec under 25 år. Psykologerne er tre dage på EUC MIDT og en dag på Viborg Handelsskole hver uge. Projektet startede op oktober 2007.

Målsætningerne for projektet er at mindske frafaldet blandt de unge under 25 år på erhvervsuddannelserne og sikre, at flere unge med psykiske problemer overvinder disse, og fastholdes i uddannelse. Helt konkret stiler man mod en reduktion af frafaldet på uddannelsesinstitutionen fra 20 pct. til 15 pct. og en stigning i antallet af hovedforløbselever på erhvervsuddannelserne på godt 10 pct.

En anden målsætning for projektet er at skabe en tættere kontakt til Ungdommens Uddannelsesvejledning om den enkeltes uddannelsesplan fra folkeskolen, så der kan sættes forebyggende ind i de enkeltes elevers forløb.

Målgruppen er ifølge projektansøgningen unge under 25 år, der er indskrevet på Mercantec med følgende problemstillinger:

- Ordinære psykiske problemer (fx depressioner, manglende struktur i hverdagen, familieproblemer, eksamensangst mv.)
- Akut opståede problemer i familien (fx dødsfald, vold eller selvmord i familien)
- Misbrug
- Sociale kompetencer
- Socialt isolerede unge.

De unge tilbydes som oftest individuelle samtaleforløb/rådgivning af kortere eller længere varighed. Et forløb består typisk af fem samtaler, ofte kombineret med hjælp til praktiske ting, som fx hjælp til at finde en bolig eller hjælp til at søge om økonomisk støtte, hvilket er en opgave, som varetages af en elevcoach. Elevcoachene er en del af Pyramiden, men de er ikke aflønnet af projektet.

Projektet er en udbygning af projektet Pyramiden på Mercantec. "Pyramiden" er et ressourcecenter bestående af mentorer, kontaktlærere, psykologer, elevcoaches og "bedsteforældre". Her kan elever søge råd og vejledning, hvis de har faglige eller sociale problemer. Der er ansat tre psykologer (svarende til 2,5 fuldtidsmedarbejdere), der er finansieret af puljens midler. Derudover er der tilknyttet to elevcoaches, som er lønnet af Mercantec.

## BILAG 2: OM EVALUERINGSMETODEN

Evalueringen er grundlæggende tilrettelagt som en *effektevaluering*, som afdækker, om der er hold i antagelsen om, at en tidlig psykologbistand til børn og unge kan medvirke til at sikre større psykisk trivsel og dermed mindske behovet for psykiatrisk udredning og behandling.

Udover at kortlægge og forklare, hvilke ændringer de oprettede tilbud får for brugerne, afdækker evalueringen, om tildelingen af psykologbistand reelt medfører en aflastning af det psykiatriske system, eller om der snarere bliver tale om et parallelt tilbud, som ikke har indflydelse på, hvor mange børn og unge der henvises til psykiatrisk udredning. Endvidere afdækker evalueringen, om indsatsen har en effekt i forhold til at mindske risikoen for frafald på ungdomsuddannelser og dermed understøtte målsætningen om, at 95 pct. af alle unge skal have en ungdomsuddannelse.

Som specificeret i udbudsmaterialet skal evalueringen – for at kunne svare på evalueringens spørgsmål – nå omkring følgende fire delopgaver:

1. *Delopgave 1:* Der skal ske en afdækning af status (ex. antal børn og unge, der får særlig støtte, antal børn og unge med psykiske problemer etc.) blandt landets kommuner og uddannelsesinstitutioner for det børne- og ungdomspsykiatriske område. Formålet er blandt andet at kunne give et samlet billede med henblik på at kunne sammenligne de kommuner og uddannelsesinstitutioner, der modtager tilskud fra puljen og de, som ikke gør.
2. *Delopgave 2:* Der skal udarbejdes en beskrivelse af de tilbud, som modtager midler under puljen. Det være sig, hvilken type børn og unge, tilbuddet retter sig mod, de anvendte metoder, tilbuddets organisatoriske rammer etc. Formålet er blandt andet at kunne vurdere, om der er forhold i projekternes rammebetingelser, som er mere befordrende for effekten end andre.
3. *Delopgave 3:* Der skal gennemføres en løbende evaluering af tilbuddene, der både har fokus på, hvordan projekterne udvikler sig, hvordan udvalgte respondenter vurderer tilbuddene og hvilken effekt tilbuddene skaber. Formålet er at sikre en løbende generering af viden.
4. *Delopgave 4:* Der skal foretages en endelig evaluering af tilbuddenes effekt og effekten af den samlede pulje.

I tabellen nedenfor er sammenhængen mellem evalueringens hovedspørgsmål og de enkelte delopgaver i evalueringen skitseret.

**Tabel 1: Oversigt over hovedspørgsmål og delopgaver**

	<i>Delopgave 1</i> Status bl. kom- muner og udd.- institutioner	<i>Delopgave 2</i> Tilbuddene	<i>Delopgave 3</i> Løbende evaluering af effekterne	<i>Delopgave 4</i> Afsluttende evaluering
Hvilken effekt har indsatsen på de børn og unge, der har fået hjælp	(+)		+	+
Har indsatsen bidraget til at reducere antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien	(+)			+
Har indsatsen haft en effekt i forhold til de unges gennemførelse af ungdomsuddannelserne	(+)			+
Hvilke målgrupper har indsatsen især haft effekt på		+	+	+
Hvilke forhold omkring indsats, organisering og samarbejde har haft positiv betydning for effekten		+	+	+

**Tilgangen i evaluering**

Analysen tager udgangspunkt i et evalueringsdesign, som kan opdeles i tre dataindsamlingsforløb:

- en nulpunktsmåling,
- en resultatmåling og
- en opfølgingsmåling.

Derudover blev der indledningsvis foretaget en generel statusopgørelse (beskrevet i udbuddet som status blandt kommuner og uddannelsesinstitutioner), hvor der blev indsamlet centrale oplysninger om børne- og ungeområdet (jf. delopgave 1 og 2).

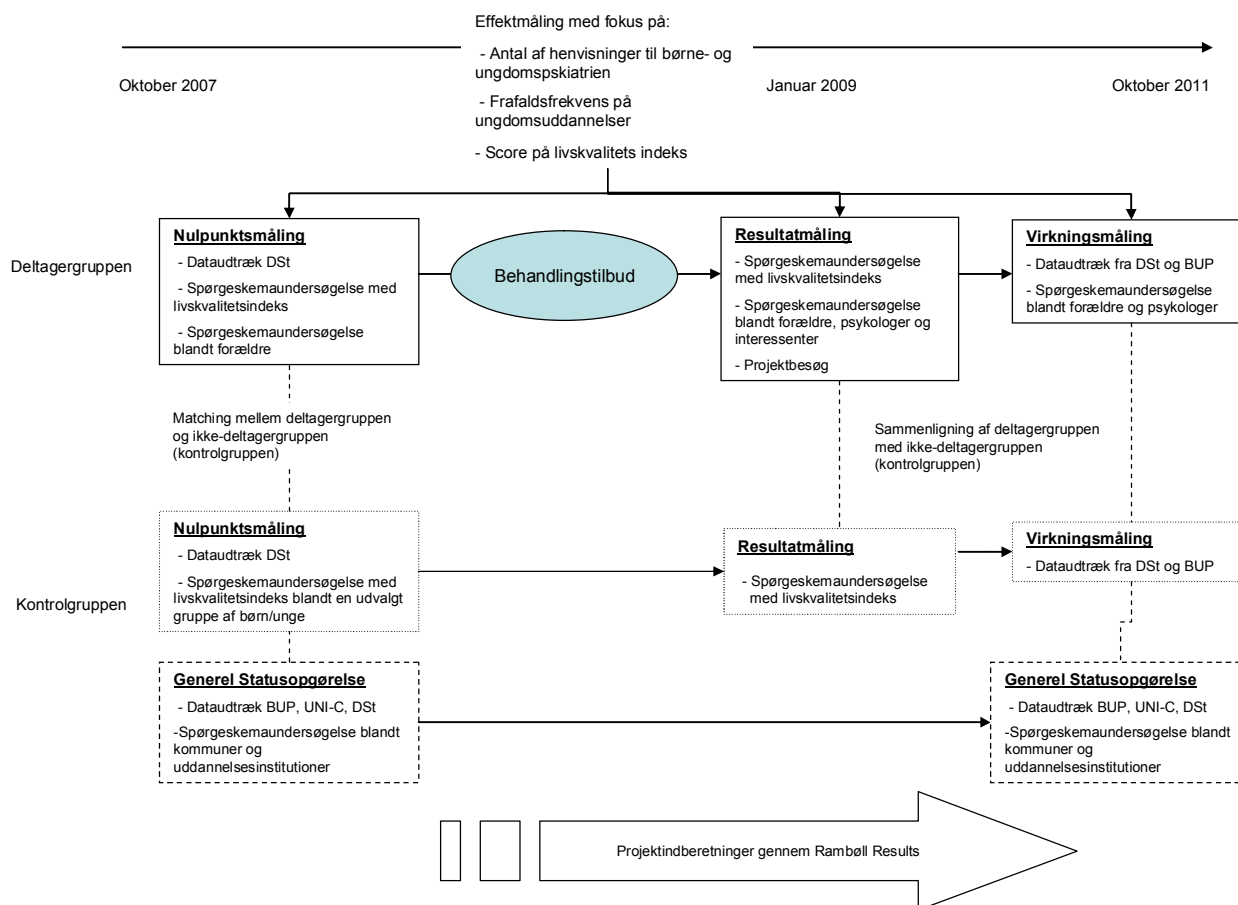
Evalueringsdesignet og effektmåling bygger på et *kontrolgruppedesign*, hvor en *deltagergruppe* af børn og unge, der deltager i et behandlingstilbud under puljeordningen sammenlignes med en *ikke-deltagergruppe* (kontrolgruppe) af børn og unge, der ikke indgår i projekternes behandlings- og udredningstilbud. Detaljer om, hvordan kontrolgruppen udvælges og hvilke opmærksomhedspunkter, denne type analyse medfører gennemgås senere i dette bilag.

Fordelen ved at anvende et kontrolgruppedesign er, at det muliggør en afdækning af, hvor stor en forskel en bestemt indsats gør. Ved at opstille en kontrolgruppe fås et sammenligningsgrundlag, idet udviklingen undervejs og efter endt indsats kan sammenlignes med deltagergruppens. Denne sammenligning kan derved belyse, hvilken forskel indsatsen har medført.

Deltager- og ikke-deltagergruppen sammenlignes over de tre målinger på baggrund af forskellige datakilder, hvilket er søgt illustreret i Figur 1, hvor evalueringens fokus er sammenholdt med anvendte datakilder i evalueringen.



Figur 1: Fokus i evalueringen



### Nulpunktmåling

Evalueringen blev indledt med en *nulpunktmåling*, hvor der blev etableret en "baseline", som resultaterne efter indsatsens iværksættelse og afslutning kan sammenlignes med. Nulpunktsanalysen blev endvidere anvendt til at indsamle de oplysninger, som anvendes til at udvælge den kontrolgruppe, som bedst modsvarer deltagergruppen.

I nulpunktmålingen indsamles *statistiske data fra Danmarks Statistik (DSt)* om de børn og unge (og deres familier), som deltager i projekterne. På baggrund af disse blev der udtrukket en brutto-kontrolgruppe, som matcher deltagergruppen på baggrundsvariablene. Den endelige matching mellem deltagergruppe og kontrolgruppe blev sikret gennem en *spørgeskemaundersøgelse blandt de unge/børnene* i både deltager- og bruttokontrolgruppe, hvor den psykiske trivsel afdækkes ved hjælp af blandt andet de to standardiserede måleværktøjer SDQ og PGWBI.

Der blev gennemført en *generel statusopgørelse* af den nuværende indsats og tilstand på området. Denne statusopgørelse er afrapporteret i delrapport 1.

### Løbende resultatmåling og resultatformidling

Der blev gennemført en resultatmåling midtvejs i evalueringen. Resultatmålingen skulle belyse de foreløbige resultater for projekterne og projekternes indsats skal vurderes i forhold til effektspørgsmålene. Formålet med resultatmålingen var at levere et grundlag for beslutningen om, hvilke tilbud der fortsat skulle have midler.

I resultatmålingsfasen gennemføres den *anden spørgeskemaundersøgelse* med livskvalitetsindeks blandt deltager- og kontrolgruppen, dvs. en opfølgning på de spørgsmål, som blev belyst i nulpunktmålingen for herigennem at afdække forskelle i udviklingen mellem deltager- og kontrolgruppe.

Derudover indeholdt dataindsamlingen projekternes *indberetning af data* i *Rambøll Results*<sup>®</sup> samt *projektbesøg*, hvor evaluator gennemførte interview med projektledere, centrale personer i projekterne, deltagere og udvalgte samarbejdspartnere. Endvidere blev der gennemført en *spørgeskemaundersøgelse blandt interessenter og samarbejdspartnere*, der vil blive bedt om at vurdere projekternes indsats.

Grundtanken bag trianguleringen af datakilder og indsamlingsmetoder var at sikre en solid viden om projekternes fremdrift, behandling og resultater og derved levere veldokumenteret grundlag for Styrelsen til at vurdere, hvorvidt de finansierede tilbud burde fortsætte, samt retningsvisende viden om, hvordan 2. del af puljen burde udmøntes. Erfaringerne fra denne fase af projektet er afrapporteret i delrapport 2.

### **Afsluttende evaluering**

Evalueringen afsluttes med en effektevaluering, hvor effekten af projekterne og puljen som helhed afdækkes. Effektmålingen skal dels kaste lys over projekternes effekt på børnenes umiddelbare psykiske velbefindende og på de mere langsigtede effekter i form af, om indsatsen har formået at forebygge frafald fra ungdomsuddannelserne samt at forebygge, at deltagerne henvises til psykiatrisk udredning.

Det er afgørende, at evalueringen skal kunne dokumentere effekten af projekterne og puljen som helhed, men samtidig levere et solidt fundament for fremtidige initiativer på området. Det er vigtigt, at fremtidige initiativer bruger på viden om hvad der virker og hvordan det virker.

Ifm. evalueringen er der indsamlet data fra følgende kilder:

- Løbende individbaseret opfølgning på alle modtagere af psykologhjælp – før behandling, efter behandling og et halvt år efter behandlingens ophør
- Besvarelser fra en kontrolgruppe, der er udtrukket tilfældigt fra en database over personer, der har henvendt sig til psykiatrien
- 3 interessantspørgeskemaundersøgelser, hvor projekternes primære samarbejdsparter og interessenter har vurderet projekterne
- Halvårlige statusindberetninger for alle projekter
- Telefoninterviews med alle projekter – gennemført 3 gange i projektforløbet
- 9 casestudier i udvalgte projekter
- Analyse af projekternes egen dokumentation

### **Om matching-analysen**

I rene eksperimentelle eksperimenter sker rekrutteringen til en indsats- og en kontrolgruppe tilfældigt. Dermed sikres, at en forskel i et effektmål mellem de to grupper udelukkende skyldes, at den ene gruppe, indsatsgruppen, har været udsat for en påvirkning, mens den anden gruppe, kontrolgruppen, ikke har.

Såfremt rekrutteringen til de to grupper ikke er sket tilfældigt vil der være en sandsynlighed for, at en forskel i effektmålet mellem de to grupper også kan tilskrives en række bagvedliggende karakteristika hos personerne i den ene gruppe, der gør, at disse personer har haft bedre – eller dårligere – forudsætninger for at komme i indsatsgruppen end personerne, der rekrutteres til kontrolgruppen. Forskellen i effektmålet mellem indsats- og kontrolgruppen vil dermed ikke kun være udtryk for en effekt af en given påvirkning af den ene gruppes medlemmer, men også en konsekvens af en række bagvedliggende faktorer.

Inden effektmålet i indsats- og kontrolgruppen sammenlignes bør der derfor tages højde for disse bagvedliggende karakteristika hos personerne i de to grupper. Dvs. der bør renses for effekten af en række observerbare karakteristika, inden de to grupper sammenlignes, for på den måde at isolere effekten af selve påvirkningen.

Matching er en metode til dette formål. Matching bygger på den grundlæggende antagelse, at effekten af en given påvirkning vil være uafhængig af, om vedkommende er i den ene eller den anden gruppe, betinget af de observerbare karakteristika hos personerne i de to grupper. Såfremt der tages højde for disse observerbare karakteristika hos personerne i de to grupper vil

fordelingen af effekten i kontrolgruppen derfor være den samme som fordelingen af effekten i indsatsgruppen, hvis indsatsgruppen *ikke* havde været udsat for en påvirkning – og vice versa.

I forbindelse med effektevaluering af psykologhjælp målrettet børn og unge er rekrutteringen til indsats- og kontrolgruppen ikke sket tilfældigt. Derfor er det foreslået at anvende matching med henblik på at tage højde for en række psykiske, fysiske og sociale forhold i børnene og de unges liv, der kan påvirke effektmålet.

I praksis sker matchingen ved, at der beregnes en sandsynlighed for at modtage et behandlings-tilbud for hver enkelt person i indsats- og kontrolgruppen. Denne sandsynlighed kaldes en propensity score, og den beregnes med udgangspunkt i en række observerbare karakteristika hos personerne i de to grupper. I det aktuelle tilfælde er følgende variable til rådighed:

- Livskvalitetsindeks (SDQ el. PGWBI) – også effektmål
- Boform (med 1. begge forældre, 2. en forælder, 3. ingen forældre)
- Fars højest fuldførte uddannelse
- Mors højest fuldførte uddannelse
- Fars beskæftigelse
- Mors beskæftigelse.

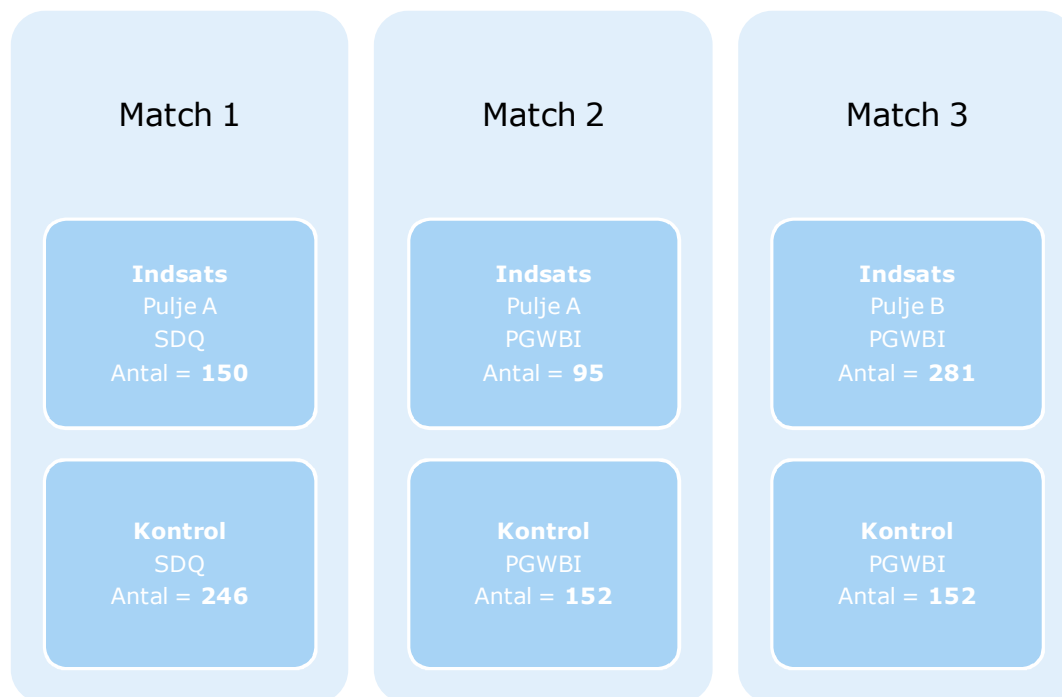
Effektmålet hos et barn/en ung i indsatsgruppen sammenlignes med effektmålet hos et barn/en ung i kontrolgruppen med nogenlunde samme propensity score. Dvs. der findes "socioøkonomiske tvillinger" ved at tage et barn/en ung fra hver af de to grupper med nogenlunde ens propensity score – og dermed også nogenlunde ens sandsynlighed for at modtage behandling. Forskellen i effekten mellem de to børn/unge vil (i en ideel situation) dermed være et udtryk for virkningen af selve behandlingstilbuddet, idet de to personer som udgangspunkt har samme forudsætninger for at modtage et tilbud. Derfor kan opfattes som tilfældigt, at det var det ene og ikke det andet barn, der endte med at få behandlingstilbuddet. Denne øvelse gentages for alle personer i indsatsgruppen, hvorefter det samlede effektmål kan beregnes.

Der findes flere forskellige metoder at foretage selve matchingen på. Dvs. der er forskellige procedurer for, hvordan tvillingerne sættes sammen, og om man "genbruger" personerne i kontrolgruppen. Dvs. om matchingen sker med eller uden tilbagelægning. Grundet de relativt få børn/unge i kontrolgrupperne foretages en matching med tilbagelægning. Den konkrete procedure kaldes nearest neighbor. Dvs. børn/unge i indsatsgruppen sættes sammen med det barn/den unge i kontrolgruppen, som har en propensity score, der ligger tættest på vedkommendes egen.

### **Tre matchinger**

I effektevalueringen arbejdes med to forskellige livskvalitetsindeks; SDQ og PGWBI. SDQ besvares af forældre til børn på 13 år eller derunder, mens PGWBI besvares af unge over 13 år. Desuden skelnes der mellem to typer af behandlinger målrettet børn og unge med lettere psykiske lidelser henholdsvis unge på ungdomsuddannelser. Da der ikke er børn på ungdomsuddannelser fører dette til i alt tre effektmålinger (matchinger), jf. Boks 1. Bemærk, at indsatsgruppen er mindre end kontrolgruppen i det tredje match, hvilket er u hensigtsmæssigt.

### Boks 1: Tre separate matching analyser



I den endelige matching-analyse indgår alene børn og unge, hvortil der er knyttet både en før og en eftermåling. For indsatsgruppen er der også foretaget en opfølgende måling, der dog ikke indgår i matching-analysen, da tilsvarende ikke findes for kontrolgruppen. Observationer, hvor de samlede livskvalitetsindeks (pgwbi og sdq) summer til 0 er fjernet for at tage højde for, at manglende oplysninger er kodet som 0 i data.

#### Udfordringer

Det valgte analysedesign til effektmåling af resultaterne af pulje til psykologhjælp er karakteriseret ved to typer af udfordringer: En generel og en metoderelateret.

##### Generel udfordring

En grundlæggende udfordring er at henføre en eventuel effekt til behandling eller sygdom. Matching analysen kan belyse, om børn og unge, som modtager behandling for deres psykiske lidelse, har fået det bedre i evalueringsperioden i forhold til børn og unge, som ikke modtager behandling. Men hvorvidt en forbedring (eller forværring) udelukkende skyldes behandlingen kan ikke fastslås med udgangspunkt i den baggrundsviden, der findes om de berørte børn og unge i dag.

##### Matching relaterede udfordringer

Udover den grundlæggende udfordring med at få etableret et effektmål, der udelukkende fanger effekten af behandlingstilbuddet, er der en række matching relaterede problemstillinger, der udelukkende skyldes mangler i forhold til data. Hovedparten af disse problemstillinger kunne dog have været løst, såfremt mere opmærksom var tillagt disse i evalueringens designfase. Problemstillingerne kan grupperes under tre overskrifter:

1. Små kontrolgrupper
2. Måden, hvorpå kontrolgruppen er valgt
3. Baggrundsvariable

##### Ad. 1

En væsentlig forudsætning for selve matchingen er, at der er så tilpas mange personer i kontrolgruppen, at der altid kan findes et passende match for personerne i indsatsgruppen. Ideelt set skal kontrolgruppen således være flere gange større end indsatsgruppen. Dette er ikke tilfældet her. En matching med tilbagelægning kan afhjælpe det u hensigtsmæssige i denne situation en smule, hvorfor en sådan matching strategi da også er valgt i det konkrete tilfælde.

*Ad. 2*

Måden, hvorpå kontrolgruppen er valgt, gør, at der kan være nogle væsentlige forskelle mellem de to grupper, som selv en lang række observerbare karakteristika hos personerne ikke kan fange. F.eks. graden af deres psykiske problemer. At etablere en passende kontrolgruppe i effekt-evalueringer volder ofte problemer, såfremt denne gruppe ikke har fået lige så høj prioritet som indsatsgruppen i udformningen af evalueringsdesignet.

*Ad. 3*

Matching bygger på antagelsen om, at sandsynligheden for deltagelse, kan beskrives ved de beskrivende variable, der er til rådighed. I det konkrete tilfælde haves informationer om livskvalitet i udgangssituationen, bopæl samt forældrenes beskæftigelses- og uddannelsesmæssige situation, hvilket ikke er særligt mange baggrundsfaktorer til at opnå en stor forklaringskraft. Dvs. til at forklare sandsynligheden for deltagelse.

Til trods for de skitserede udfordringer, forventes matching-analysen dog at resultere i nogle mere valide resultater end en simpel sammenligning mellem indsats- og kontrolgruppe.