

Tilbud til unge med psykosociale problemer

Af
Frank Ebsen og Johanne Gregersen



Videnscenter for
Socialpsykiatri

SUS

PSY
KIA
TRI
FON
DEN


CENTER
FOR FORSKNING I
SOCIALT
ARBEJDE



Center for Forskning i Socialt Arbejde
ved Den Sociale Højskole i København
April 2007

Tilbud til unge med psykosociale problemer

Af Frank Ebsen og Johanne Gregersen

Center for Forskning i Socialt Arbejde
v/Den Sociale Højskole i København

April 2007

©Videnscenter for Socialpsykiatri

Forsidegraffiti: Mike Tylak

ISBN: 87-90964-07-1



Videnscenter for
Socialpsykiatri

Videnscenter for Socialpsykiatri

Studivstræde 19, 2.sal

1455 København V

Tlf.: 33934452

E-mail: visp@socialpsykiatri.dk

Rapporten kan downloades på www.socialpsykiatri.dk/rapporter

Forord

Videnscenter for Socialpsykiatri har de seneste år sat fokus på unge med psykosociale problemer eller sindslidelser som en særlig målgruppe. Indsamling af viden blev påbegyndt i 2003 med en kvalitativ interviewundersøgelse af unge med sindslidelse, hvor 20 unge med en skizofrenidiagnose beretter om deres liv og oplevelser af den behandling og støtte, som de har mødt i skolesystemet, på psykiatriske afdelinger, væresteder og i socialforvaltninger m.v.

Erfaringerne herfra gav i 2004 startskuddet til et samarbejde mellem Videnscenter for Socialpsykiatri, PsykiatriFonden, Socialt Udviklingscenter SUS og Center for Forskning i Socialt Arbejde om et formidlingsprojekt, hvor brobygning mellem de sociale og sundhedsmæssige tilbud var et af omdrejningspunkterne. Som led i projektet er der afholdt flere temadage, etableret en række netværk for projekter for unge og afholdt to ungemesser, som var åbne for offentligheden. Med denne rapport skabes der nu et overblik over den store variation af tilbud til unge med psykosociale problemer.

Derudover har Socialt Udviklingscenter SUS i foråret 2007 udgivet fire temamagasiner om de problemstillinger, som netværkene har arbejdet med, og produceret en dvd, hvor støtte- og behandlingstilbud præsenterer deres arbejde. I tilknytning hertil har Videnscenter for Socialpsykiatri udgivet et temanummer (nr. 1-2007) af bladet Socialpsykiatri om unge med psykosociale problemer og udgivet to dvd'er med indtryk fra de to ungemesser.

Det er forhåbningen at, der som afslutning på projektet, kan etableres en hjemmeside, hvor unge, deres pårørende og professionelle kan hente information om tilbud til unge i målgruppen, fordi mange i dag oplever at søge lidt i blinde.

Begrebet "psykosociale problemer" har stået i centrum for denne rapport for at sikre en bredere forståelse for, hvilke unge der i disse år er genstand for en omfattende og forskelligartet indsats. Kortlægningen i rapporten viser bl.a., at der er forskel på de tilbud, drenge og piger benytter, at der er mange unge, der i de sociale tilbud placeres sammen med voksne, og at der er flest pædagoger og social- og sundhedsuddannet personale ansat i tilbuddene. Rapporten viser også, at de sociale tilbud bør ses i sammenhæng med og udbygges, samtidig med at tilbud i den specialiserede psykiatri udbygges. Endelig fremgår det klart, at anvendelsen af diagnoser er ret udbredt, og at det omfattende brug af sociale tilbud peger på nødvendigheden af at diskutere og udvikle behandlingsbegreber under overskrifter som eksempelvis hverdagsliv, recovery og livskvalitet.

Mængden af tilbud har været overraskende stort. Der er således 1.515 tilbud, der angiver, at de arbejder med unge med psykosociale problemer eller sindslidelser. På trods af at tilbuddene er forskellige, giver omfanget i sig selv et fingerpeg om de vanskeligheder, som unge bærer med sig, og at det er en udfordring for unge og medarbejdere at koordinere og samordne de mange tilbud.

Samlet set har kortlægningen derfor tydeliggjort behovet for fortsat at arbejde med at bygge bro mellem tilbud og sektorer, og yder dermed et væsentligt bidrag til den formidling, som har været projektets intention.

Rapporten er udarbejdet af Center for Forskning i Socialt Arbejde ved Den Sociale Højskole i København ved socialrådgiver Johanne Gregersen og forskningsleder Frank Ebsen. Johanne Gregersen har forestået det store arbejde med at kortlægge alle tilbud, udforme spørgeskema og sikre den høje svarprocent samt lavet en første oversigt over resultaterne. På det grundlag har Frank Ebsen skrevet den afsluttende rapport. Sociologistuderende Merete Monrad har på glimrende vis medvirket i databearbejdningen.

Der skal lyde en stor tak til alle de tilbud, der har deltaget i undersøgelsen og til Socialministeriet, som via 15M-puljen i perioden 2005-2007 har gjort denne mulig.

Johanne Bratbo

Centerleder, Videnscenter for Socialpsykiatri

Indhold

INDLEDNING	5
DET SAMLEDE FORMIDLINGSPROJEKT	5
DISPONERING AF RAPPORTEN	5
BEHANDLING AF UNGE MED PSYKOSOCIALE PROBLEMER	6
VIGTIGE AFGRÆNSNINGER I UNDERSØGELSEN	9
<i>Aldersgruppen</i>	9
<i>Psykisk sygdom/psykosociale problemer</i>	10
<i>Behandling og forebyggelse</i>	11
UNDERSØGELSENS METODE.....	12
<i>Oversigtsfasen</i>	12
<i>Skemafasen</i>	14
<i>Frafaldsanalyse</i>	16
TILBUDDENES TILHØRSFORHOLD, STØRRELSE OG BELIGGENHED.....	20
TILBUDDENES STØRRELSE	21
TILBUDDENES ALDER OG ORGANISATORISKE TILHØRSFORHOLD	23
TILBUDDENES BELIGGENHED.....	26
<i>Behandlingstilbud</i>	26
<i>Kvalificeringstilbud (specialundervisning, specialskoler og arbejdsprøvning)</i>	29
<i>Rådgivninger</i>	29
<i>Sammenfatning om regionernes tilbud</i>	30
MÅLGRUPPE – KØN OG ALDER	30
<i>Tilbuddenes målgrupper</i>	33
VISITATION, INDHOLD OG AFSLUTNING	35
HENVISNING	35
VISITATION.....	37
VENTETID	38
INDSATSENS INDHOLD OG MÅLGRUPPE	41
ÅBNINGSTIDER	41
DIAGNOSER	42
MISBRUG	48
SYMPTOMER	49
HOVEDOPGAVE, BEHANDLINGSFORMER OG AKTIVITETER	53
<i>Hovedopgave</i>	53
<i>Behandlingsformer</i>	56
<i>Aktiviteter</i>	58
PERSONALETS SAMMENSÆTNING	62
<i>Anvendelse af konsulenter</i>	65
<i>Anvendelse af frivillige</i>	65
INDSATSENS AFSLUTNING	66
ANDRE ÅRSAGER TIL OPHØR.....	68
SYSTEMATISK VIDEN OM VIRKNINGER	69
SAMMENFATNING OG KONKLUSION	71
LITTERATUR.....	76
BILAG 1	78

Indledning

Det samlede formidlingsprojekt

Denne undersøgelse er en del af et større formidlingsprojekt, som Socialministeriet i 2005 bevilgede penge til i forbindelse med 15M-puljens tema om unge med sindslidelse. Projektet skulle øge adgangen til overblik og information om igangværende tilbud (projekter) til målgruppen unge med sindslidelser og psykosociale problemer. Projektet skulle bygge bro mellem den sundhedsmæssige og sociale indsats over for de unge, og var derfor en fælles ansøgning fra PsykiatriFonden og Videnscenter for Socialpsykiatri (ViSP). Projektet bestod af følgende aktiviteter:

- To landsdækkende *messer i 2005 og 2007* henvendt til både medarbejdere, pårørende og brugere inden for sundheds- og socialektoren og kommunale sagsbehandlere og lærere og vejledere i undervisningssystemerne. Formålet med messerne var at skabe et rum til formidling af ny viden inden for området, til erfaringsudveksling og for at synliggøre nogle af de mange nye tilbud, der havde udviklet sig gennem de senere år.
- En række *temadage* landet over for at inspirere og bidrage til kvalificeringen af arbejdet med unge ud fra temaer som f.eks. 'skole og uddannelse', 'social behandling og støtte' osv.
- *Netværk* af medarbejdere organiseret omkring bestemte temaer med mulighed for gensidig inspiration og udvikling.
- *Temamagasiner* om gode erfaringer inden for arbejdet med unge med psykosociale problemer eller sindslidelse. Magasinerne skulle henvende sig til en bred skare herunder kommuner, uddannelsessteder osv.
- En landsdækkende *kortlægning* af tilbud til unge med psykosociale problemer, der skulle afdække og analysere eksisterende ungeindsatser og kategorisere disse i forhold til målgrupper, metoder/teorier og aktiviteter.
- En *hjemmeside* med en oversigt over alle tilbud kortlægningen havde afdækket. Hjemmesiden skulle udformes som et Danmarkskort, hvor både unge, pårørende og professionelle kan søge oplysninger.

Dette er en afrapportering af undersøgelsen forbundet med kortlægningen. Det er en undersøgelse af tilbud til unge med sindslidelse, der har til formål at:

- skaffe sig et overblik over antallet af samtlige offentlige og anerkendte private tilbud på landsplan inden for indsatsområdet;
- beskrive og kategorisere tilbuddene;
- skabe grundlaget for hjemmesiden, som PsykiatriFonden vil etablere og administrere.

Disponering af rapporten

Rapporten indledes med en gennemgang af de statslige redegørelser på området. Hensigten er at indkredse mål og ideer med den hidtidige politik på området for at have noget at holde resultatet af undersøgelsen op imod. Det er med til at give et indtryk af den viden, som

Social- og Sundhedsministeriet lægger til grund for deres forståelse af indsatsen over for unge med psykosociale problemer.

Dernæst følger et afsnit om vigtige afgrænsninger i rapporten dels af aldersgruppen, dels af målgruppen unge med psykosociale problemer eller sindslidelse og dels i forhold til forebyggelse. Endelig slutes kapitlet af med en præsentation af metoden samt en analyse af frafald.

I kapitel 2 præsenteres faktuelle oplysninger om tilbuddenes tilhørsforhold, alder, størrelse og beliggenhed. Desuden foretages en sammenligning mellem regionerne med henblik på at indkredse forskelle i indsatsen.

Kapitel 3 handler om den første del af den proces, som kendetegner en ung med psykosociale problemer, der ønsker at få adgang til behandling. Kapitlet ser nærmere på henvisning, visitation og ventetid.

Efterfølgende ser vi nærmere på, hvem indsatsen retter sig imod i kapitel 4. Her belyses åbningstider, hvilke diagnoser der er i centrum og de symptomer, der arbejdes med.

I kapitel 5 går vi tættere på selve indsatsen ved at se på tilbuddenes hovedopgaver, behandlingsformer, aktiviteter og personalets sammensætning.

Til slut beskriver vi indsatsens afslutning i kapitel 6. Er der administrative, juridiske og økonomiske begrænsninger i behandlingen af de unge? Her ser vi bl.a. på forskellige årsager og virkninger af indsatsen, og hvordan tilbuddene indsamler viden om effekten af arbejdet.

Da tilbuddene udgør en bred vifte af forskellige typer, vil de ofte være grupperet i behandlende tilbud, som rummer såvel medicinske som sociale tilbud, der har til formål at behandle og bistå den unge. Det er dyre og omfattende tilbud som hospitalsbehandling, distriktspsykiatri og botilbud med døgnstøtte, og det er tilbud som støtte- og kontaktpersonordning (skp-ordning), dagbehandling og bo/opgangsfællesskab samt social-pædagogiske opholdsteder og døgninstitutioner for børn og unge.

En anden type tilbud er omsorgsprægede tilbud, som har til hensigt at støtte og bistå unge med sindslidelse. Det drejer sig om væresteder, aktivitetscentre, brugerforeninger og klubber.

En tredje type er kvalificerende tilbud som består af specialundervisning, specialskoler og arbejdsprøvning. Den sidste type tilbud der beskrives er rådgivninger, der ofte har et oplysende og forebyggende mål, hvor personer med en sindslidelse, pårørende og andre kan få vejledning og støtte.

Behandling af unge med psykosociale problemer

Unge med psykosociale problemer er en gruppe, hvis problematikker er karakteriseret både ved deres fase i livet – at forandre sig fra barn til voksen – og ved at deres liv afviger fra andre unges. Hvorvidt de har det vanskeligt, er lidende, syge eller har en lidelse kan være udtryk for forskellige faser i deres situation. I en rapport om unge med en skizofrenidiagnose (Nikolajsen, 2004) fremgik det, at disse unge først skulle erkende deres lidelse, før de søgte og for det meste fik behandling af både medicinsk og social karakter. Derefter prøvede mange at reetablere sig som unge og kunne konstatere, at det var en vanskelig proces. Blandt andet fordi de var blevet ældre, og derfor ikke ”matchede” de andre unge, de mødte under uddannelse, i fritiden osv. Det skyldes dels, at forudsætningen for at få bistand var, at de blev betragtet som sindslidende, og det skulle dokumenteres af en fortsat medicinsk behandling. De unge berettede, at det var vanskeligt at få hjælp til at trække ud af den medicinske behandling, og at sundhedssystemet ofte udtrykte forventninger om, at de var kronisk syge

og aldrig blev raske. De oplevede, at det var en ensom proces at etablere sig i et almindeligt liv.

Undersøgelsen viste desuden, at indsatsen over for de unge sjældent var koordineret og i høj grad afhæng af, om de var i stand til selv at koordinere de forskellige tilbud, når de fik dem. Den viste endvidere, at nogle unge i deres første indlæggelse blev forskrækkede over at komme på afdelinger med meget syge voksne patienter, og at de blev bange, når de oplevede behandlinger med uventede bivirkninger og uplanlagte udskrivninger.

Beretninger fra en sådan kvalitativ undersøgelse kan naturligvis ikke generaliseres til at gælde for alle unge med sindslidelser. Disse brudstykker af unges beretninger illustrerer imidlertid problemer, som har eksisteret i flere år, inden for behandlingen af unge med sindslidelse.

Børn og unge med sindslidelse blev et egentlig tema i den danske lovgivning i 1996 i forbindelse med Folketingets behandling af området. Det indgår fra det tidspunkt i en række redegørelser om den psykiatriske indsats, som Folketinget har diskuteret fra begyndelsen af 1990'erne. Redegørelserne tager oprindeligt udgangspunkt i nedlæggelsen af sengepladser på sygehusenes psykiatriske afdelinger og den forsinkede udbygning af distriktspsykiatrien.

I 1997 blev det konstateret, at 1.362 børn og unge ventede på en undersøgelse eller behandling, og det var en fordobling i løbet af to år. I 1996 satte Folketinget det som mål at få nedbragt ventelisterne ved at etablere flere ungdomspsykiatriske døgnindlæggelsesmuligheder, sikre muligheder for særligt angste, urolige og aggressive unge samt permanent udvide uddannelseskapaciteten af speciallæger. Efterfølgende blev der afsat midler til aktiviteter og byggeri til at realisere forslagene (her refereret fra Social- og Sundhedsministeriet, 1999).

I regeringens statusrapport fra 1999 (Social- og Sundhedsministeriet, 1999) blev der fulgt op på Folketingets beslutning fra 1996. Det refereres fra en arbejdsgruppe om børne- og ungdomspsykiatrien i 1998, at voksenpsykiatrien modtager ca. 35 % af de unge, ca. en tredjedel indlægges på børneafdelinger og kun ca. en tredjedel indlægges direkte på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Det kan for børneafdelingernes vedkommende skyldes en vis usikkerhed om de unges mulige diagnose, som kræver en udredning, inden de kan viderevisiteres til ungdomspsykiatrisk behandling. Det opfattes imidlertid ikke som hensigtsmæssigt, at unge indlægges sammen med alvorligt syge voksne, som kan påvirke de unges behandlingsforløb. Sundhedsstyrelsen skriver, at det bedste ville være, hvis de unge fra begyndelsen kom direkte i kontakt med børne- og ungdomspsykiatere.

På det sociale område beretter statusredegørelsen om en udvidelse af pladser i botilbud - især en udvidelse af antallet af døgninstitutionspladser for psykisk skrøbelige børn og unge. Det bliver dermed tydeligt, at Folketinget ser løsningen af problemet som en indsats inden for både sygehusvæsnet og socialvæsnet.

I 2003 udkommer en ny tværministeriel statusrapport fra regeringen (Social- og Sundhedsministeriet, 2003). Her gøres status over et udvalgsarbejde om udredning af tilbud til psykisk svage børn og unge i socialektoren og samspillet mellem sundhedssektoren og socialektoren. Der er til formålet lavet en undersøgelse af, hvad kommuner og amter har foretaget sig for at forbedre samarbejdet og indsatsen for børn og unge. Undersøgelsen er lagt an som en spørgeskemaundersøgelse, der for kommunernes vedkommende har en begrænset repræsentativitet. Resultatet er, at der i amterne er taget en række initiativer af primært organisatorisk art til at forbedre samarbejdet, hvorimod det er vanskeligt at dokumentere forandringer i kommunernes arbejde.

Efterfølgende ophører de fælles statusredegørelser, og derefter har kun Sundhedsstyrelsen udsendt redegørelser. I en sådan redegørelse fra 2004 med fokus på udviklingen i

sygehusvæsnet fremgår det, at antallet af heldøgnspladser i børne- og ungepsykiatrien i 2003 er steget med 11 % siden 1996. Antallet af deldøgnspladser er steget med 44 % i samme periode. Alt i alt konkluderes det, at der er en markant stigning i aktiviteten siden 1996.

Desuden er ventelisterne til afdelingerne steget hurtigere end udbygningen af pladser, hvilket man allerede opdagede i 2001, og opgøres nu til knap 2.000. Ventetiden fordeler sig med 67 %, der venter under 3 måneder, hvilket svarer til opgørelsen fra 1997 (Sundhedsstyrelsen 2004:22). I 2001 modtager 0,4 % af alle børn og unge i Danmark et tilbud fra den specialiserede børne- og ungdomspsykiatri, og det forventes, at antallet vil stige yderligere. Endelig konstateres det, at der kun i begrænset omfang foreligger viden om årsagen til den stigende efterspørgsel, hvorpå rapporten opridser en række antagelser.¹ Det antydes desuden forsigtigt, at Sundhedsstyrelsens vejledning om, hvornår der bør søges børne- og ungdomspsykiater kan have medvirket til en stigning i efterspørgselspresset (ibid:32).

I redegørelsen fra 2006 (Sundhedsstyrelsen, 2006) fremgår det, at 0,8 % af alle børn og unge er i kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien, og at videnskabelige undersøgelser tyder på, at 1-2 % kan have behov for en specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk indsats (ibid:51).

Redegørelsen fra 2006 peger desuden på, at der er sket en stor aktivitetsstigning sammenlignet med 1996, men det konstateres også, at antallet af døgnpladser er faldende for første gang i perioden.

Det konstateres, at en konsekvens af de stigende ventelister er, at det fortsat kun er 35 %, som indskrives direkte på børne- og ungepsykiatriske afdelinger og næsten ligeså mange på børneafdelinger. Billedet er således ikke væsentligt ændret siden de første redegørelser.

Sundhedsstyrelsens seneste redegørelse (Sundhedsstyrelsen, 2006) fremhæver, at udviklingen i efterspørgslen "... bør give anledning til grundlæggende overvejelser bl.a. med hensyn til arbejdsdelingen mellem primærsektoren repræsenteret ved undervisnings- og socialektoren samt den primære sundhedstjeneste og det specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske sygehusvæsen." (ibid:55). Det viser, at diskussionen om samarbejdet på tværs af sektorerne har stået som en central del af redegørelserne og de politiske beslutninger i 10 år. Det har dog endnu ikke været muligt at dokumentere en effekt i form af bedre eller anderledes samarbejde. Midler og fokus er i dette årti, som det f.eks. fremgår af redegørelsen fra 2006, i overvejende grad blevet rettet mod udbygning af den specialiserede indsats i sygehusvæsnet.

¹ "I forbindelse med overvejelser over årsager til den øgede efterspørgsel kan bl.a. peges på følgende mulige forklaringer:

- At der er kommet en øget opmærksomhed over for børn og unge med psykiske symptomer.
- At der er sket en ændring i holdninger og adfærd i forhold til tidligere, som medfører mindre accept af, at børn og unge trives dårligt eller klarer sig dårligt socialt og undervisningsmæssigt og i sammenhæng hermed et større ønske om fagkyndig udredning af eventuelle årsager hertil.
- Større forventninger til mulighederne for behandling.
- Mindre stigmatisering i forhold til tidligere, hvor f.eks. forældre og andre kunne finde det vigtigt at undgå at stemple børn og unge ved henvisning til børne- og ungdomspsykiatri.
- Det har bl.a. herudover været drøftet om en del af udviklingen kan forklares ved omlægninger af ressourceanvendelsen i den primære sektor, bl.a. i relation til en ændret profil af de pædagogisk-psykologiske rådgivninger, hvor det er indtrykket, at man i mindre grad end tidligere går ind i psykologiske udredninger forud for henvisning og i terapeutiske forløb.
- Større krav om diagnose i relation til iværksættelse af særlige foranstaltninger i undervisnings- og socialektoren.
- Ændringer i opfattelsen af en diagnoses forekomst eller ændret praksis vedr. anvendelse af en diagnose kan medføre væsentlige ændringer i efterspørgsel og henvisningsadfærd for visse lidelser." (Sundhedsstyrelsen 2006:52-53)

Redegørelserne bekræfter en række af de problemer, som også var tydelige i den kvalitative undersøgelse (Nikolajsen, 2004). Der foregår en løbende diskussion af samarbejdet mellem sygehusvæsnet og socialvæsnet. Ifølge redegørelserne er der på mindre end 10 år næsten sket en firedobling i andelen af børn og unge, som modtager specialiseret psykiatrisk behandling, hvilket presser behandlingskapaciteten i både social- og sygehusvæsnet. I nyere tid er opgørelser over de stigende ventelister dog kun beskrevet for sygehuspsykiatriens område. Endvidere konstateres det fortsat, at der mangler kapacitet på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, da godt en tredjedel fortsat indskrives på afdelinger med syge voksne patienter og på børneafdelinger. Det svarer til niveauet i midten af 1990'erne.

Endelig viser redegørelserne, at sygehusvæsnet forsøger at imødegå det stigende pres ved at lave en udadgående konsulentvirksomhed, hvor eksterne parter kan trække på børne- og ungdomspsykiaternes ekspertise. Det fremgår imidlertid ikke, hvilken betydning det har for ventelisten og kan måske i stedet bidrage til en øget opmærksomhed på behandling i sygehusvæsnet.

Denne undersøgelse har i udgangspunktet ikke været tænkt som et supplement til Sundhedsstyrelsens opgørelser. Dog vil vi i det følgende se på nogle af de emner, Sundhedsstyrelsen fokuserer på og forhåbentligt kunne komplettere med en række nye oplysninger om den samlede indsats over for unge med psykosociale problemer.

Vigtige afgrænsninger i undersøgelsen

I afgrænsningen af undersøgelsen opstod et behov for at præcisere tre vigtige begreber. Det var afgrænsning af aldersgruppe, hvad vil det sige at være ung med psykosociale problemer eller have en sindslidelse og afgrænsningen mellem behandling og forebyggelse.

Aldersgruppen

Undersøgelsen fokuserer på unge, som er en gruppe mellem barn og voksen. For at kunne præcisere over for respondenterne af spørgeskemaundersøgelsen, hvem gruppen af unge er, måtte aldersgruppen defineres klart.

I lovgivningen er der aldersgrænser på 18, 21 og 23 år afhængig af, hvad man kigger efter. Overgangen fra en aldersgruppe til en anden udløser forskellige typer af ydelser og forskellige typer af indsats, hvis man er ung. Det kan f.eks. være adgang til Statens Uddannelsesstøtte, kontanthjælp m.v.

Tager vi en forskningsmæssig afgrænsning, er det centrale, at ungdom anses for en periode med flydende og usikre grænser. Det kan f.eks. udtrykkes således:

"I vore vestlige samfund befinder teenagere sig i en form for ingenmandsland – de er hverken børn eller voksne, men en selvstændig, udefineret art; de kan få børn, men har ikke lov til det; det forventes af dem, at de vedbliver at følge den slagte vej igennem uddannelsessystemet, uanset om de har lyst til det eller ej; de er afhængige af deres forældre, selvom de i stadig højere grad foretrækker deres jævnaldrenes selskab. Det ser ud til, at teenageperioden er et kulturspecifikt fænomen, og at puberteten – selvom den generelt anses som en vigtig milepæl i et menneskes udvikling – har forskellige sociale og følelsesmæssige følger fra samfund til samfund." (Børnepsykologi, H. Rudolph Schaffer, p.395)

Ungdomstiden er ikke blot en overgang fra barn til voksen, men også en fase med egne kvaliteter, spændinger og oplevelser. Unge søger at realisere sig selv og på det grundlag indløse forventninger til det voksenliv, som de er bevidste om, de selv skal skabe (Katznelson & Simonsen, 2000). Det gælder også unge med sociale og psykosociale

problemer, som søger at realisere sig selv i forhold til et fremtidigt liv (Nikolajsen, 2004, Bovbjerg & Kirk, 2001, Thomsen, 1998).

Den moderne ungdom er karakteriseret ved, at forældrene spiller en anden rolle end tidligere. Det forventes ikke længere, at der er klare spor for, hvad de unge skal gøre. Der er ikke nogen tradition at følge. Der er sandsynligvis heller ikke længere et egentligt oprør på spil, men mere en selvstændiggørelse, hvor de unge i stigende omfang lærer gennem de billeder, som strømmer dem i møde fra hinanden, medier, skole, forældre osv. Unge agerer på flere arenaer med mulighed for at spille flere roller og unge skal begå sig i skole, uddannelse/arbejde, fritid og familie. Det er arenaer, hvor der kan være en vis forbindelse, men som også kan være frakoblet hinanden. Det forventes, at unge selv konstruerer disse forbindelser bl.a. ud fra den populærkultur, der omgiver dem og deres jævnaldrende, og tager ansvar for at realisere sig selv og opnå den ønskede position som voksen (se f.eks. Ziehe, 2006). De kan vælge forkert eller rigtigt, men det er deres eget ansvar. Dermed forøges presset på den enkelte for at vælge rigtigt.

Unge behøver ikke at blive ”voksen” samtidig på alle arenaer, og i alle tilfælde er det ikke defineret, hvornår det kan siges, at den unge er ”voksen”. Der vil være nogle, som oplever det tidligere end andre og måske nogle, som aldrig kommer til at opleve det på alle arenaer. Det er derfor ikke muligt at give en klar definition på, hvornår man aldersmæssigt er barn, ung eller voksen.

I undersøgelsen er alderen 13 år valgt for at sikre, at alle relevante unge er med. Det betyder imidlertid, at undersøgelsen i et vist omfang kommer til at medtage nogle, som er mere børn end unge, og hvor der stadig er behov for en tæt voksenkontakt. I den anden ende er grænsen 25 år valgt. Her må det forventes, at nogle yngre oplever sig som eller ønsker at blive opfattet som voksne, og at der er ældre, som ikke oplever sig som voksne, men som unge. Ud fra andre undersøgelser og på baggrund af en række af de fagpersoner vi har været i kontakt med, er det sandsynligt, at den valgte aldersafgrænsning rummer langt hovedparten af de unge, og kun i begrænset omfang rummer børn, som burde udelades af undersøgelsen.

Med den afgrænsning kan det statistisk opgøres, at aldersgruppen 13-25-årige udgør 13,7 % af det samlede befolkningstal i Danmark pr. 1. januar 2006. Gennemgår man antallet af 13-25-årige amt for amt, er der ikke store forskelle. Århus Amt har den største andel, hvor unge udgør 15 % af amtets befolkning, mens Frederiksborg Amt med 12 % har landets laveste procentuelle andel af 13-25-årige.

Psykisk sygdom/psykosociale problemer

Fastlæggelse af aldersgruppen gav grundlag for det næste spørgsmål om, hvilke unge der skulle inkluderes i undersøgelsen. En række psykiske sygdomme lader sig først diagnosticere i ungdomsalderen og kan være svære at skelne fra de processer, som knytter sig til ungdommen:

”Den patologi som ses i ungdomsårene må forstås ud fra den unges ufærdige personlighedsstruktur. De diagnostiske problemer kan således være store. Er skoletræthed, udetilværelse, promiskuitet og kriminel adfærd et udtryk for en begyndende skizofreni? Eller for et organisk syndrom? Eller for en alvorlig emotionel reaktion eller for en mindre situationsbetinget krise? Svaret vil i mange tilfælde være langt fra oplagt.” (Kringlen, 2006:404 (forfatterens oversættelse)).

Undersøgelsen bevæger sig i et grænseland mellem ungdommens afprøvninger, som for nogle giver psykosociale problemer, og for andre bliver til egentlige sindslidelser. Det er en form for grænseland, der hele tiden ændres og præges af udviklingen i samfundet, livsvilkår osv. Det kan være unge, der mistrives, har det dårligt med kammerater, forældre, det andet

køn, osv., og det kan være et forbigående symptom, men også et symptom på en begyndende sindslidelse.

Hvis undersøgelsen blev afgrænset til kun at handle om unge med diagnosticerede psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, ville den blive begrænset til unge under behandling. En række unge er ikke så langt i deres forløb, og i vores kontakt med fagpersoner fandt vi ud af, at en række unge med psykosociale problemer ikke udvikler en egentlig sindslidelse. Jo yngre, de unge var, desto vanskeligere var det at sige, hvordan deres forløb ville udvikle sig.

Dertil kom, at en meget skarp, diagnostisk definition ville udelukke en række af de tilbud, som arbejder med unge med psykosociale problemer. En række af dem mødte muligvis unge på vej mod eller med en begyndende lidelse, men var åbne for en bredere gruppe, for netop derved at kunne forebygge og hindre et egentligt sygdomsforløb. De kunne deltage, hvis undersøgelsen brugte et bredere begreb.

Det samme var tilfældet i forhold til at indhente viden fra omsorgsprægede og kvalificerende tilbud, hvor mange ikke bruger en diagnose som kriterium for adgang.

Da undersøgelsen samtidig skulle bruges som grundlag for en hjemmeside med oversigt over alle tilbud til unge i et givet område, var det yderligere et argument for at bruge et bredere begreb.

Vi valgte derfor at bruge begrebet psykosociale problemer, dels fordi de relevante unge er svære at definere præcist og dels for at sikre, at alle tilbud, som arbejder med målgruppen, blev inkluderet i undersøgelsen. Derved forventede vi, at undersøgelsen kom til at omfatte: 1) unge, der mistrives, 2) unge, hvor mistrivelsen har fået manifesterede symptomer og 3) unge, som har været i kontakt med det psykiatriske system og fået en diagnose.

Vi valgte ikke at lave en præcis definition af, hvad det vil sige at have psykosociale problemer.² I stedet lagde vi det pragmatisk an ved at lade informanterne selv afgøre, om de arbejder med unge med psykosociale problemer.

Behandling og forebyggelse

Den upræcise afgrænsning af målgruppen, som gør sig gældende blandt de tilbud, der arbejder med unge med psykosociale problemer, gør sig også gældende i afgrænsningen af behandlende tilbud i forhold til forebyggende tilbud. Generelt kan det siges, at psykosociale problemer hos unge opdages hos de respektive familier, men bliver ofte tydelig, når de unge er sammen med andre unge – altså på de arenaer, der hører ungdommen til. Skolen er sandsynligvis det sted, hvor vanskelighederne først og tydeligst kommer til udtryk, og skolens evne til at håndtere de unge eller i nogle tilfælde børn kan have betydning for, hvorvidt de unge selv lærer at håndtere vanskelighederne. Denne indsats kan betegnes som en forebyggende indsats.

En vigtig instans i den forebyggende indsats er de Pædagogiske, Psykologiske Rådgivninger (PPR). De har betydning for, hvor mange der henvises til en specialiseret psykiatrisk indsats, og Sundhedsstyrelsen anfører, at en omlægning af deres praksis sandsynligvis har haft betydning for søgningen til sygehusene og den voksende venteliste af børn og unge, der afventer en undersøgelse (Sundhedsstyrelsen, 2006).

² I følgebrevet til tilbuddene skrev vi: "... rummer gruppen, unge der er psykisk belastede i forskellige grader. Kortlægningen omfatter både tilbud, som alene arbejder med gruppen "unge med psykosociale problemer" og tilbud, hvor de udgør en betydelig mindre del. For en del af tilbuddene, specielt dem der retter sig mod de yngste i aldersgruppen, vil psykosociale problemer i højere grad være en delproblematik. Men også de tilbud, der er interesserede i at få en besvarelse fra."

I kraft af sin relation til skolen er PPR i forbindelse med en stor del af yngre unge, som har problemer. Det betyder, at der på et tidligt tidspunkt er mulighed for at gøre brug af den ekspertise, PPR råder over. Det vil ofte være PPR, der enten ser eller hører om barnet/den unges problemer først, og som etablerer den første målrettede indsats, der gør den unge i stand til selv at klare sig videre eller giver anledning til en videre visitering til mere specialiserede indsatser.

PPR er ikke en del af behandlingstilbuddene, men er medtaget i kortlægningen for at indgå som del af hjemmesiden. Vi valgte imidlertid at lave en mindre forespørgsel, og derfor gennemgås nogle få karakteristika ved PPR særskilt.

En anden slags tilbud, som kan have en forebyggende effekt, er rådgivninger, da de gennem deres oplysningsvirksomhed kan have betydning for, hvordan unge og deres pårørende håndterer psykosociale problemer. Et eksempel på en sådan rådgivning er PsykiatriFondens bus *TABU*, der kører rundt til unge i folkeskolens ældste klasser. Bussens ansatte taler med skoleeleverne om, hvad psykisk sygdom er for at udbrede kendskabet til emnet og pege på mulige steder/tilbud/personer, man kan henvende sig til, hvis man har det svært. Andre rådgivninger retter sig mod personer, som har en diagnosticeret lidelse eller har omfattende psykosociale problemer, og derfor indgår som en del af de behandlende tilbud. Undersøgelsen omfatter de rådgivninger, som dels er etableret lokalt, dels er landsdækkende.

Undersøgelsens metode

Da denne kortlægning af tilbud til unge med psykosociale problemer blev påbegyndt, stod vi på bar bund. Der eksisterede ingen oversigter over tilbud, de fordelte sig på forskellige myndigheder og havde forskellige formål. Der er forskel på at undersøge væresteder og sygehuse. Blot det at finde ud af, hvem man skulle henvende sig til, og hvem der inden for hvert område havde et overblik, var vanskeligt og i mange tilfælde ikke muligt. Der var ikke et klart bud på, hvor mange tilbud det ville handle om, og i udgangspunktet skønnede projektets styregruppe, at det drejede sig om 5-600 tilbud.

For at være sikker på at få alle med, blev undersøgelsen tilrettelagt i tre faser: Oversigtsfasen, skemafasen og afrapporteringsfasen.

Oversigtsfasen

I den første fase drejede det sig om at finde frem til, hvad tilbuddene hed, og på hvilken adresse man kunne kontakte dem. For at finde frem til oplysningerne, var det vigtigt at finde ud af, hvilken 'indgang' der ville give flest mulige oplysninger fra starten.

Et lille minipilotforsøg blev gennemført i to amter og en kommune i hvert af disse amter. Det skabte viden om, hvilke typer af tilbud amterne og kommunerne havde til målgruppen og især, hvilken myndighedsperson der lå inde med størst viden om de pågældende tilbud. Det gjorde det muligt at indkredse de personer, som kunne angive, hvilke tilbud der var relevante.

Efterfølgende blev der udsendt en forespørgsel til:

- samtlige 212 kommunale psykiatrikoordinatorer i forventning om, at de havde kontakt med og/eller overblik over socialpsykiatriske tilbud til unge **over** 18 år i den pågældende kommune.
- samtlige 271 ledere i de kommunale børne- og familieafdelinger i forventning om, at de havde kendskab til de tilbud, der blev anvendt i kommunen i forbindelse med børn og unge **under** 18 år, der har det psykisk svært.
- samtlige 13 amtslige psykiatrikoordinatorer, herunder også Bornholms Regionskommune i forventning om, at de havde overblik over de amtslige behandlingstilbud til unge og viden om de relevante private tilbud, amtet havde godkendt.
- samtlige amters børne- og familieansvarlige i forventning om, at de kendte tilbuddene i behandlingspsykiatrien især vedrørende unge **under** 18 år.

Den skriftlige henvendelse blev udsendt i slutningen af august måned 2005 med en svarfrist på ca. 14 dage. I slutningen af september 2005, ca. en måned efter første udsendelse, sendte vi en reminder med samme materiale - som ved første udsendelse - til alle, der endnu ikke havde ladet høre fra sig.

Rigtig mange hjalp med at opgive navne på tilbud, de havde kontakt med, og som var relevante for målgruppen. Flere gav udtryk for, at en af grundene til, de svarede på henvendelsen, var ønsket om en hjemmeside, hvor de selv kunne søge oplysninger.

For landets *psykiatrikoordinatorer* var den samlede svarprocent **73,6 %** efter en rykker. Med hensyn til de *kommunale børne- og familieafdelinger* modtog vi svar fra 164 af dem efter én rykker, hvilket gav en samlet svarprocent på **60,5 %**. Alle amter bortset fra en region svarede på vores henvendelse.

For at være sikker på, at de indkomne svar fordelte sig geografisk jævnt over hele landet, blev samtlige svarkommuner optegnet. Der opstod ikke egentlige 'sorte pletter'. Hvis der i et amt kun var få besvarelser fra psykiatrikoordinatorerne, blev det som regel udlignet af svar fra kommunernes børne- og familieafdelinger og vice versa. Det drejede sig tit om meget små kommuner, hvilket betød, at de professionelle fra områderne som regel vidste, hvad der foregik inden for området af 'tilbud til unge med psykosociale problemer'.

Indsamlingen af navne og adresser fra det kommunale og amtslige niveau blev suppleret på forskellig vis. Der blev gennemført en udstrakt søgning på internettet – de amtslige hjemmesider, på Sundhedsportalen, patient- og brugerorganisationers hjemmesider, fagblade o. lign. Alle blev screenet for eventuelle oplysninger om navne og adresser på tilbud inden for indsatsområder, vi ikke allerede havde kendskab til.

Endelig blev der indhentet adresselister over telefonrådgivninger for unge ensomme, der kunne være relevante for kortlægningen, fra LOS (Landsforeningen af Opholdssteder i Danmark) og SUF (Den Sociale Udviklingsfond) for at få en samlet adresseliste på private opholdssteder i Danmark, som kunne tænkes at have brugere inden for målgruppen.

Yderligere blev samtlige stande på den første ungemesse i august måned 2005 kontaktet, så de også indgik i kortlægningen.

Tilbudslisten blev suppleret frem til september 2006. Inden vi stoppede indsamlingen, tog vi kontakt til de organisationer, der havde med psykiatrien at gøre for at se, hvordan det lå med hensyn til dels voksenpsykiatri og dels børne- og ungdomspsykiatri. Det viste sig, at vi med meget få undtagelser faktisk havde haft kontakt til samtlige afdelinger på den ene eller anden

måde. Kortlægningens liste over tilbud var f.eks. mere omfattende end både Den Danske Almindelige Lægeforenings kartotek og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskabs lister.

Det er vores vurdering, at kortlægningen omfatter stort set alle de tilbud, der p.t. eksisterer til målgruppen (se dog afsnittet om frafald).

Skemafasen

Undersøgelsens anden fase bestod i at udforme spørgeskemaer til de respektive tilbud og udsende og indsamle dem med henblik på at skabe et grundlag for den bearbejdning, som skulle foregå i tredje fase.

PPR-undersøgelsen

Spørgeskemaet til PPR blev udarbejdet på baggrund af samtaler med ansatte i forskellige PPR-kontorer. Efterfølgende blev det forelagt nogle flere fagpersoner inden for PPR og korrigeret efter deres kritik.

Selve skemaet kom til at bestå af seks sider med i alt 15 spørgsmål organiseret efter temaer om:

- Faktuelle oplysninger om navn, adresse, fysisk beliggenhed, tilbuddet størrelse osv.
- Antallet af brugere
- Henvisning af brugere
- Redskaber i udførelsen af arbejdet og hvilke problemer der er repræsenteret blandt brugerne
- Nærmeste samarbejdspartnere og potentielle samarbejdspartnere i kommunalt, amtligt eller privat regi.

I begyndelsen af august 2005 blev de første skemaer sendt ud (se bilag 1), og ved udgangen af måneden havde samtlige 237 PPR-kontorer modtaget et skema. De kontorer, der ikke havde besvaret den første henvendelse, modtog en rykker i slutningen af oktober måned. Enkelte PPR-kontorer henvendte sig pr. mail og oplyste, at de ikke så sig i stand til at besvare skemaet dels på grund af tidsnød og dels på grund af manglende ressourcer.

Efter én rykker havde vi modtaget svar fra i alt 146 ud af 237. Heraf var fire så kortfattede, at besvarelsenerne ikke kunne kodes, og de indgår derfor ikke i materialet. Den samlede svarprocent sluttede på **60 %**.

Denne del af undersøgelsen er ikke beskrevet i det følgende, men vil blive afrapporteret i et separat notat.

Tilbudsundersøgelsen

Vi vidste på forhånd, at de tilbud, som gives til unge med psykosociale problemer eller sindslidelse, ville være meget forskelligartede. Der er stor forskel på det arbejde, som udføres på en sygehusafdeling og det, som udføres på et værested. Det var derfor en udfordring at udforme et spørgeskema, som rummede begge typer, og samtidig rummede de samme spørgsmål med henblik på summeringer og mulige sammenligninger.

En pilot-survey blandt de netværk af tilbud, der var etableret i tilknytning til 'Projekt Ungdom og Sindslidelse', blev gennemført i september måned 2005. Skemaet blev udsendt til 27 forskellige tilbud og 17 valgte at returnere skemaet i udfyldt form. Mange af pilotgruppens tilbagemeldinger blev indarbejdet i det endelige skema. Deres bemærkninger bidrog til en præcisering og opstramning af skemaet, men også til enkelte nye spørgsmål.

Endvidere blev der nedsat en lille pilotprojektgruppe med repræsentanter fra forskellige typer af tilbud, som gennemgik skemaet og gav feedback på indholdet.

Resultatet blev et spørgeskema inddelt i 12 hovedkategorier:

- *Faktuelle oplysninger*, som udover navn og adresse også handlede om, hvordan tilbuddet ville karakterisere sig selv, hvor man hørte til i det strukturelle landskab, åbningstider, priser, brugerbetaling osv.
- *Henvisninger*
- *Visitation*
- *Målgruppe, alder, køn osv.*
- *Personalets uddannelse*
- *Brugernes diagnose og symptomer*
- *Tilbuddets hovedopgaver*
- *Fysiske rammer*
- *Behandlingsformer*
- *Aktiviteter*
- *Årsager til ophør/afslutning*
- *Evaluerings af tilbuddene*

Undersøgelsens hoveddata blev indsamlet ad to veje. Alle tilbud fik tilsendt et spørgeskema, som langt de fleste besvarede. Desuden var det muligt at besvare spørgeskemaet elektronisk. Denne mulighed eksisterede dog kun i knap en måned, før den af tekniske årsager blev nedlagt.

Brug af spørgeskema kan give måleproblemer med hensyn til analysen af besvarelsene. Der kan opstå en række måleproblemer på grund af 'mangelfuld spørgsmålsforståelse'. Det er et velkendt fænomen specielt i de tilfælde, hvor respondenterne ikke har mulighed for at få uddybet eller forklaret de spørgsmål, der måske virker uforståelige.

I analysen af besvarelsene kan det også være svært at afklare, hvorvidt spørgsmålene er blevet opfattet som intenderet. Og nok så vigtigt: om alle, der besvarer, nu også forstod spørgsmålene på samme måde? Der er en risiko for, at den/de, der besvarer skemaet, vælger at være magelige og angive 'et slag på tasken' frem for at bruge lidt mere tid på besvarelsen.

I det omfang, der er åbenbare måleproblemer, vil vi komme ind på det i analysen af de indkomne besvarelser under de respektive afsnit.

Udsendelsen af spørgeskemaet strakte sig over en meget lang periode. Godt nok havde vi – da den første udsendelse løb af stablen – indhentet en stor del af de navne og adresser, der endte med at indgå i kortlægningen. Men som tidligere nævnt blev kendskabet til nye tilbud hele tiden forøget. Den første og absolut største udsendelse fandt sted omkring midten af oktober 2005. Udsendelsesperioden sluttede, da de sidste skemaer blev udsendt i juni 2006. Udsendelsesperioden kom derved til at strække sig over otte måneder, om end det toppede i løbet af efteråret 2005. Alle, der ikke besvarede den første henvendelse, fik tilsendt en rykker og nogle fik to.

Ved afslutningen af udsendelsesperioden havde vi taget kontakt til i alt 1.861 tilbud i hele landet. Svarene gav anledning til at slette en del, da de ikke arbejdede med unge inden for målgruppen. Den samlede population blev således på 1.515 tilbud, hvoraf 1.195 returnerede spørgeskemaet. Det giver en samlet svarprocent på **79 %**.

Frafaldsanalyse

Frafaldet er afgørende for resultaterne af undersøgelsen, da en skævhed i frafaldet bevirker, at nogle grupper i undersøgelsen ikke er repræsenteret i tilstrækkelig grad.

Det er altid vanskeligt at lave en frafaldsanalyse, da de frafaldne er ukendte. Der er sandsynligvis et vist frafald fra tilbud i Københavns Kommune, som trods adskillige kontakter, rykkere osv. kun i begrænset omfang evnede at oplyse, hvilke tilbud de har. Vi har haft direkte kontakt til nogle tilbud - og nogle har da også svaret, men vi har en fornemmelse af, at en række københavnske tilbud mangler. Det er ikke muligt at sige, i hvilket omfang det gør sig gældende.

I forhold til det foreliggende materiale kan vi analysere frafaldet i besvarelsenerne i forhold til den geografiske fordeling og typer af tilbud.

For at belyse frafaldets geografiske fordeling har vi sammenlignet frafaldets fordeling på amter med tilbuddene i databasens fordeling på amter. Her er det afgørende, at andelen af tilbud fra et område er lige så stor som andelen af frafald, så der ikke er bestemte geografiske områder, som er underrepræsenterede. For at undersøge dette foretog vi statistiske test af fordelingen af frafald og tilbud i databasen på amter. Disse test kan på baggrund af antallet af tilbud i databasen og antallet af tilbud i frafaldet give en indikation på, om der er tale om en afgørende forskel på amtsfordelingerne, dvs. om man statistisk set kan sige, at der er signifikante forskelle på fordelingerne.

Med undtagelse af Frederiksborg Amt og de landsdækkende tilbud er frafaldet fordelt som tilbuddene i databasen. Generelt ser der således ikke ud til at være en skævhed i frafaldet. I Frederiksborg Amt er der dog et væsentligt større frafald, end man skulle forvente ud fra antallet af svar fra dette område. Frederiksborg Amt ser altså ud til at være underrepræsenteret i undersøgelsen. På samme måde forholder det sig med de landsdækkende tilbud, der udgør en meget lille del af undersøgelsen. De landsdækkende tilbud udgør en signifikant større andel af frafaldet, end man skulle forvente ud fra deres andel af de besvarede tilbud, og de er dermed at dømme ud fra frafaldet underrepræsenterede i undersøgelsen.

Tabel 1: Amtsbeliggenhed i database og frafald

	Tilbud i databasen - procentvis fordeling ¹	Frafald – procentvis fordeling ²	Z	Signifikans
Københavns Kommune	6,35	6,50	-0,09	
Københavns Amt	7,96	9,03	-0,58	
Frederiksborg Amt	4,83	9,39	-2,95	*
Roskilde Amt	3,98	3,97	0,01	
Vestsjællands Amt	7,71	8,30	-0,33	
Storstrøms Amt	5,00	6,50	-1,01	
Bornholm	0,25	0,00	0,84	
Fyns Amt	8,47	7,22	0,68	
Sønderjyllands Amt	4,49	5,42	-0,66	
Ribe Amt	3,13	4,69	-1,28	
Vejle Amt	7,11	6,50	0,36	
Ringkøbing Amt	6,27	4,69	0,99	
Århus Amt	12,28	9,03	1,52	
Viborg Amt	7,37	5,42	1,15	
Nordjyllands Amt	12,53	9,75	1,28	
Frederiksberg Kommune	1,95	1,81	0,16	
Landsdækkende	0,34	1,81	-2,80	*

Note: Z-test af andele mellem to stikprøver. Signifikant forskel ved dobbeltsidet test angives ved: ** p<0,001, *p<0,05.

¹ N=1181 ² N=277

Frafaldets fordeling på forskellige typer af tilbud har vi anslået ved at se på tilbudets navn, adresse og eventuelle hjemmeside. De kategorier, vi har opdelt frafaldet i, er således mere generelle end de kategorier, det er muligt at opdele de indkomne besvarelser i. For en del af frafaldet har det ikke været muligt at afgøre, hvilken type tilbud der er tale om, og denne gruppe er derfor udeladt i den følgende sammenligning af frafald og database. Vi har således kun sammenlignet de grupper af tilbud, hvor der er sikkerhed for typen af tilbud.

Fordelingen af frafaldet på forskellige typer af tilbud adskiller sig i højere grad fra databasens fordeling, end det var tilfældet for den geografiske fordeling. Der er således en signifikant forskel på andelen af botilbud, skoletilbud og rådgivninger i databasen i forhold til frafaldet. For de øvrige typer tilbud er frafaldet jævnt fordelt.

Som det fremgår af nedenstående tabel, er frafaldet for botilbud signifikant mindre end forventet ud fra botilbuddenes andel af undersøgelsen. Dermed er botilbud overrepræsenterede i undersøgelsen. Det modsatte gør sig imidlertid gældende for skoletilbud og specialundervisning og åbne rådgivninger og telefonrådgivninger, der er signifikant underrepræsenterede i databasen. Det vil sige, at frafaldet for disse grupper er markant større end andelen af tilbud inden for disse grupper i databasen. Det betyder, at disse grupper ikke indgår i undersøgelsen i det omfang, deres andel af det samlede antal tilbud berettiger. Her er det altså nødvendigt at være opmærksom på, at undersøgelsen undervurderer denne gruppes andel af tilbuddene.

Tabel 2: Karakteristik i database og frafald

	Tilbud i databasen – procentvis fordeling ¹	Frafald – procentvis fordeling ²	Z	Signifikans
Hospitalsafdeling, distrikts-psykiatrisk center (dpc)	12,90	16,02	-1,25	
Diverse botilbud	25,99	16,45	3,06	*
Støtte- og kontaktperson-ordninger (skp-ordning)	7,47	4,76	1,46	
Aktivitetscenter og værested	9,89	10,82	-0,42	
Opholdssted	23,67	19,91	1,23	
Dagbehandling	5,14	3,03	1,36	
Skoletilbud for unge og specialundervisning	5,04	11,69	-3,77	**
Åben rådgivning og telefonrådgivning	7,57	14,72	-3,46	**
Arbejdsprøvning/beskyttet beskæftigelse/revalidering	2,33	2,60	-0,24	

Note: Z-test af andele mellem to stikprøver. Signifikant forskel ved dobbeltsidet test angives ved: ** p<0,001, *p<0,05.

Kun de kategorier, som stemte overens mellem frafald og database, er blevet sammenlignet, hvorfor det ovenfor angivne udvalg udgør 83 % af frafaldet og 86 % af databasen.

¹ N=1.031 ² N=231

Da Frederiksborg Amt har et signifikant større frafald end amtets andel af databasen tilsiger, er det interessant at belyse, om dette frafald er jævnt fordelt på tilbudstyper, eller om det særligt dækker over bestemte typer af tilbud. Nedenstående tabel viser frafaldet i Frederiksborg Amt fordelt på typer af tilbud.

Tabel 3: Frederiksborg amt - karakteristik for frafald.

	Antal	Procent*
Hospitalsafdeling og dpc	4	22,2
Diverse botilbud	4	22,2
Opholdssted	5	27,8
Skoletilbud for unge og specialundervisning	2	11,1
Åben rådgivning og telefonrådgivning	3	16,7
Andre	8	*
Total	26	

* Andre er udeladt i udregningen af den procentvise fordeling for at gøre denne sammenlignelig med den procentvise fordeling af det øvrige frafald i tabel 2.

Hvor frafaldet generelt var signifikant større end forventet for skoletilbud og rådgivninger, er disse ikke overrepræsenterede i frafaldet i Frederiksborg Amt i forhold til det generelle frafald. Interessant nok er der et væsentligt frafald for typen botilbud, der ellers generelt er

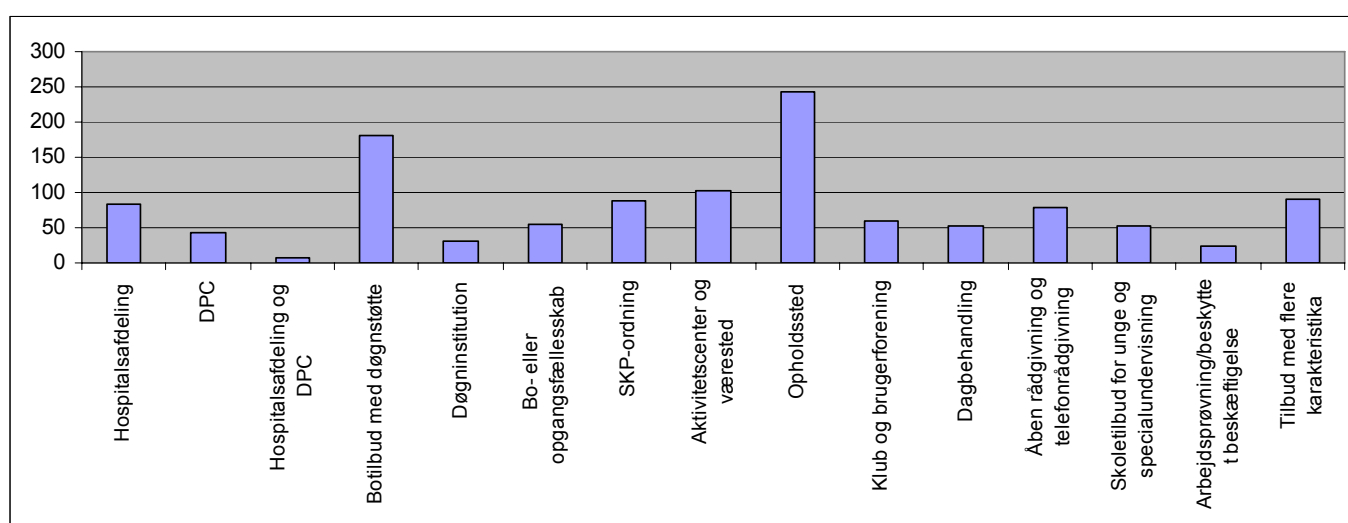
underrepræsenterede i frafaldet. Både botilbud og opholdssteder udgør dog en stor del af tilbuddene i databasen, og det kan derfor ikke undre, at frafaldet for disse to typer af tilbud udgør en stor del af frafaldet i Frederiksborg Amt.

Bemærkelsesværdigt er det dog, at hospitalsafdelinger og distriktpsychiatri udgør en relativ stor del af frafaldet for Frederiksborg Amt i forhold til, at de kun udgør en mindre gruppe af tilbuddene i databasen. Imidlertid bør overrepræsentationen af hospitalsafdelinger og distriktpsychiatri i frafaldet i Frederiksborg Amt tages med et gran salt, da en stor del – ca. 30 % - af frafaldet består af tilbud, der ikke entydigt kan placeres i typer.

Tilbuddenes tilhørsforhold, størrelse og beliggenhed

Tilbud til unge med psykosociale problemer har mange forskellige former. Det kan være steder, hvor de unge bor, behandles og lever med andre unge, hvoraf nogle har de samme vanskeligheder som dem selv, og andre har det på en anden måde. Det kan også være tilbud, der er præget af omsorg, kvalificering og rådgivning m.v. Ser vi indledningsvis på det samlede antal tilbud i undersøgelsen, tegner sig følgende billede:

Figur 1: Det samlede antal tilbud fordelt på forskellige typer



Note: Spørgeskemaet indeholdt 10 afkrydsningskategorier samt kategorien ”andet”. Der kom mange besvarelser i ”andet”, hvoraf en stor del kunne fordeles ud på de øvrige kategorier. De resterende gav anledning til at oprette nye kategorier som: dagbehandling³, åben rådgivning/telefonrådgivning, skoletilbud og specialundervisning, arbejdsprøvning/beskyttet beskæftigelse og tilbud, der rummer flere kategorier. I nogle tilfælde tjekkede vi hjemmesider for at være sikker på at placere et tilbud korrekt. N=1.190.

Diagrammet viser, at der er flest tilbud af typen opholdssteder (20 %). Derefter kommer botilbud med døgnstøtte/døgninstitutioner (18 %) og hospitalsafdelinger/distriktspsykiatri (11 %). Hospitalsafdelingerne udgør i sig selv 7 % af tilbuddene. Der er færrest tilbud af typen arbejdsprøvning, dagbehandling og bo- eller opgangsfællesskab.

Det relativt store antal af tilbud og brede spekter af typer viser, at indsatsen over for unge med psykosociale problemer er kompleks og omfattende. Der bliver spillet på mange strenge, og det må være en stor udfordring at få koordineret og samordnet de forskellige tilbud i forhold til den enkelte unge.

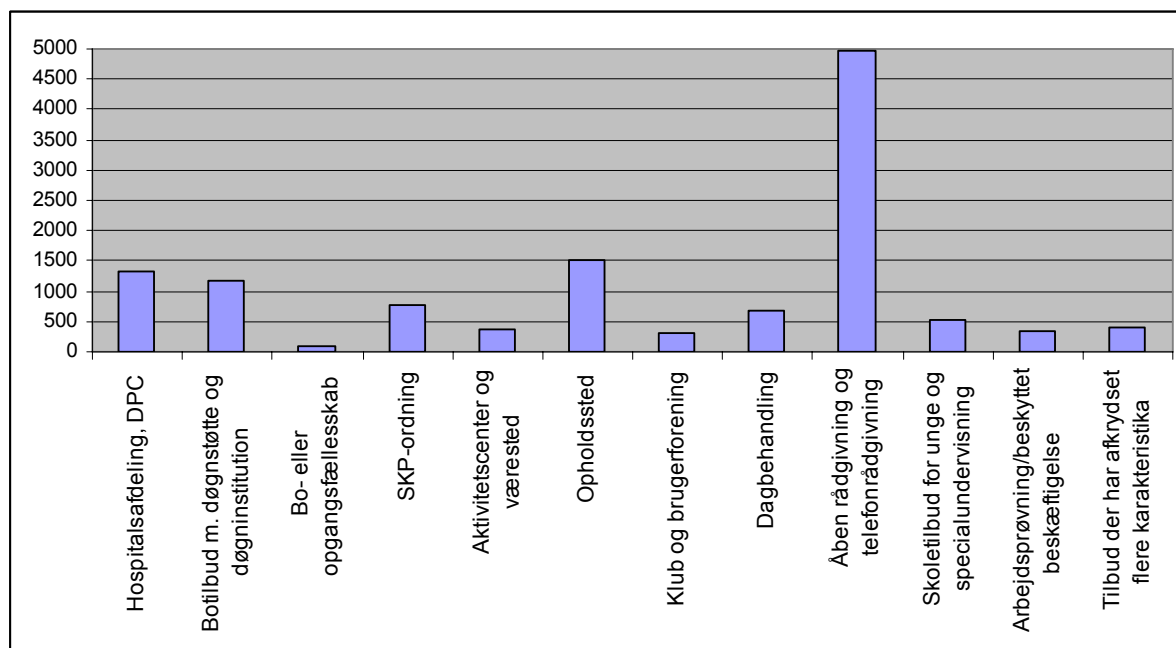
Antallet af tilbud og den ovennævnte fordeling giver kun en første indikation på forholdet mellem de respektive typer af tilbud. Ser vi på, hvor mange unge der er på hvert sted – altså tilbuddenes størrelse – kan billedet være et ganske andet.

³ Dagbehandling er tilbud, som ligger mellem den medicinske og sociale indsats. Der er relativt mange psykologer ansat. Nogle er sociale behandlingsinstitutioner med særlige metodikker, andre er tilknyttet sygehusenes psykiatriske afdelinger.

Tilbuddenes størrelse

Tilbuddenes betydning kan opgøres efter, hvor mange unge med psykosociale problemer der opholder sig på/har kontakt til stedet:

Figur 2: Antal aktuelle personer fordelt på tilbud



Note: Opgørelsen er fremkommet ved, at hver respondent har angivet, hvor mange unge inden for toårige alderskategorier der benytter tilbuddet. Det giver en vis usikkerhed om, hvor mange af disse der er unge med psykosociale problemer, da nogle kan have angivet unge med andre problematikker. Det er sandsynligvis tilfældet for nogle af opholdsstederne, døgninstitutioner og de kvalificerende tilbud. For rådgivningerne kan antallet dække over pårørende og andre interesserede, som har søgt oplysninger. Disse tilbud fylder sandsynligvis for meget i billedet af indsatsen over for unge med psykosociale problemer. N=760, hvor frafaldet er størst for hospitalsafdelinger.

I undersøgelsen indgår der tilbud, som samlet har 12.452 brugere mellem 13 og 25 år, hvoraf nogle godt kan benytte mere end et tilbud.

Det er tydeligt, at der er flest brugere af åben rådgivning/telefonrådgivning (4.974), som primært er de landsdækkende rådgivninger, Studenterrådgivningen (1.616 brugere) og Børns Vilkår (Chatten: 1.109, Brevkassen 1.258).

Retter vi blikket mod de øvrige typer, er de mest benyttede tilbud opholdssteder med 1.501 brugere og hospitalsafdelinger/distriktspsykiatri med 1.336. Dernæst kommer botilbud med døgnstøtte/døgninstitution med 1.189 brugere.

De mindre intensive behandlingstilbud som skp-ordningen har 761, dagbehandling 676 og bo- eller opgangsfællesskab 80 brugere.

Behandlingstilbuddene i undersøgelsen har således 5.543 brugere, som er de brugere, der modtager den mest intensive behandling.

De sociale støttetilbud, som aktivitets-/væresteder, har 362 og klub/brugerforeninger 314 brugere.

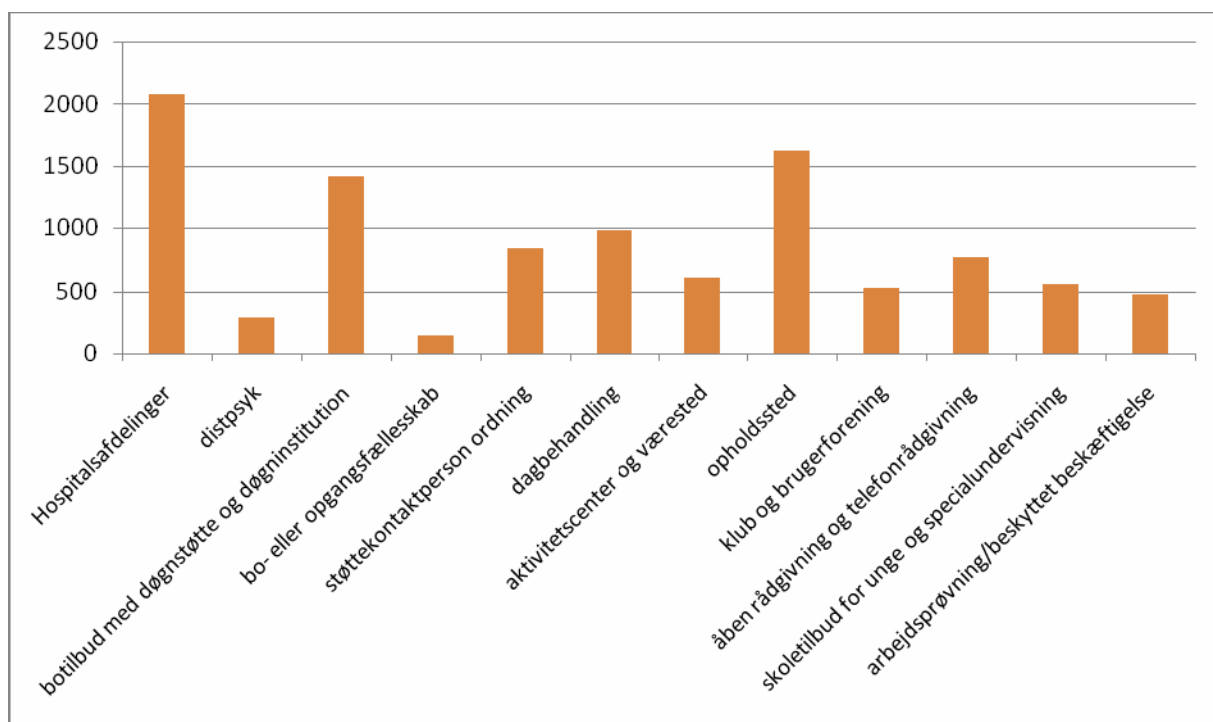
De kvalificerende tilbud, som skoletilbud og specialtilbud i skole, har 513 brugere og arbejdsprøvning 337.

Fokuserer vi på det gennemsnitlige antal brugere for de respektive tilbud, er der stor forskel. De åbne rådgivninger har i gennemsnit 249 brugere. Hospitaler angiver 33 brugere pr. sted og distriktspsykiatrien 10 brugere pr. sted. Opholdssteder har 7 brugere pr. sted, døgninstitutioner 11 brugere pr. sted og boformer med døgntilbud 6 brugere pr. sted. Igen skal det understreges, jf. noten, at de pågældende brugere kan opholde sig sammen med andre typer af brugere, f.eks. personer over 25 år, personer under 13 år eller personer med andre problematikker.

Gennemsnittet dækker for nogle typer over meget store variationer. Der er 33 hospitalsafdelinger med færre end 10 brugere og 7 afdelinger med flere end 100 brugere (st. afvigelse 58). For de åbne rådgivninger er der 4 steder med under 10 brugere og 4 med over 500 brugere (st. afvigelse 499). For de øvrige steder er spredningen langt mindre.

Det er ikke alle tilbud, der har angivet, hvor mange unge der bruger tilbuddet. Ved at opjustere for det antal der mangler ud fra en gennemsnitsbetragtning i hver type, fremkommer følgende billede over antallet af brugere.

Figur 3: Antallet af brugere (opjusteret) fordelt på typer af tilbud



Note: Ved opjusteringen er de landsdækkende rådgivninger samt rådgivningen i Aalborg taget ud, da de sammenlignet med de andre har ekstraordinært mange brugere. Der mangler således 5.710 brugere af rådgivninger i figuren. Det samlede antal brugere er sandsynligvis undervurderet, da det vurderes, at der mangler indberetninger fra Københavns Kommune.

Ved opjusteringen bliver det samlede antal brugere på 17.621 brugere. Heraf er de 7.208 brugere af rådgivninger.

Ser vi nærmere på behandlingstilbud, er der i alt 7.330 forskellige brugere mellem 13 og 25 år. Af dem er 4.733 i tilbud for unge med svære psykosociale problemer, 977 i dagbehandling og 1.620 på opholdssteder. For opholdsstedernes vedkommende gælder, at der kan være registreret unge, som ikke har psykosociale problemer.

Behandlingstilbuddene fordeler sig efter opjusteringen således mellem hinanden:

Tabel 4: Brugere af behandlingstilbud fordelt i procent

Hospitalsafd.	DPC	Botilbud med døgnstøtte/døgninstitution	Bo- eller opgangs-fællesskab	Skp-ordning	Dag-behandling	Opholdssted	I alt
28 %	4 %	19 %	2 %	11 %	13 %	22 %	100 %

Det er disse steder, der har de fleste brugere, og udgør således de væsentligste tilbud på området, når rådgivningerne holdes udenfor.

Af typen omsorgstilbud er det samlede antal pladser opjusteret ud fra undersøgelsen til 1.144 brugere, og de kvalificerende tilbud er på 1.034 brugere. Disse brugere vil for en dels vedkommende også være brugere af behandlingstilbuddene.

Tilbuddenes alder og organisatoriske tilhørsforhold

Det er hovedsageligt permanente tilbud, der indgår i undersøgelsen. Kun 6 % af tilbuddene er tidsbegrænsede og findes primært inden for både social- og behandlingspsykiatrien. De øvrige tilbud er permanente og er etableret på forskellige tidspunkter. Det er ikke med denne undersøgelse muligt at sige noget om, hvordan omfang og indhold i tilbuddene har udviklet sig, men det kan oplyses, at tilbuddene er etableret på følgende tidspunkter:

Tabel 5: Tilbuddenes alder

	Hospitals-afd.	DPC og dagbehand-lingstilbud	Sociale behandlings-tilbud	Omsorgs-tilbud	Kvalificeren de tilbud	Rådgivning	I alt
Mere end 20 år	38 %	12 %	14 %	4 %	13 %	8 %	14 %
10-19 år	17 %	38 %	29 %	45 %	32 %	26 %	32 %
Under 10 år	45 %	49 %	57 %	50 %	56 %	66 %	55 %

Note: N=1.027

Samlet set er de fleste tilbud oprettet inden for de seneste 10 år. Det kan tolkes som en stor udbygning, hvilket er i tråd med udbygningen af specialpsykiatriske tilbud, botilbud (64 %) og skp-ordningen (63 %) og i overensstemmelse med de statslige politikker (jf. f.eks. Social- og Sundhedsministeriet, 1999).

Men det kan også tolkes som, at nogle af tilbuddene er relativt flygtige og kun overlever en periode for derefter at blive erstattet af andre inden for samme kategori. Det gælder f.eks. de lokale rådgivninger og klubberne (73 %), som er oprettet inden for de seneste 10 år.

Hospitalsafdelingerne har mange afdelinger, der ser ud til at være de mest varige enheder. Det indtryk forstærkes af, at en række af de nyoprettede afdelinger er tilknyttet eksisterende hospitalsafdelinger.

Et tilbud kan høre til i tre forskellige organisatoriske systemer. Det kan være organiseret i et amt, en kommune eller som privat/frivilligt tilbud:

Tabel 6: Tilbud fordelt efter organisatorisk tilhørsforhold

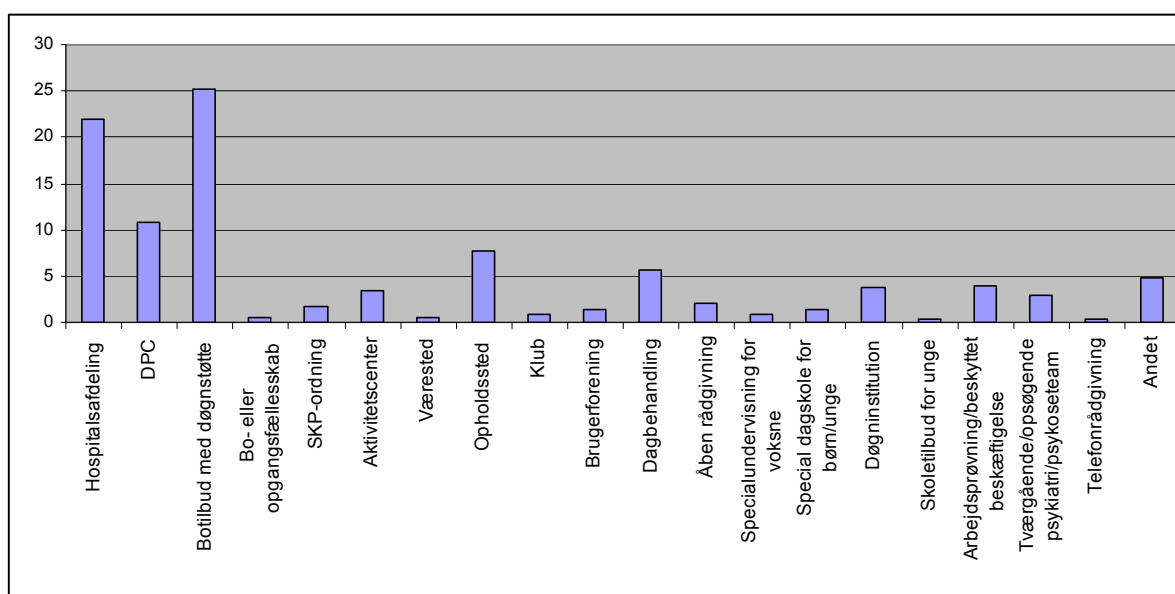
	Antal	Procent
Privat/frivillig	320	31 %
Kommunal	297	29 %
Amtslig/HS	352	34 %
Andet	63	6 %
Total	1.032	100 %

Note: ”Andet” dækker primært over opholdssteder, dagbehandling og rådgivninger, som har udtrykt, at de er en blanding af amt, kommune og private.

Tilbuddene fordeler sig i næsten tre lige store grupper. De fleste tilbud organiseres som led i en amtslig indsats, dernæst som private/frivillige og i færrest tilfælde som en kommunal indsats.

Amternes tilbudspalet består af:

Figur 4: Amternes tilbud fordelt i procent

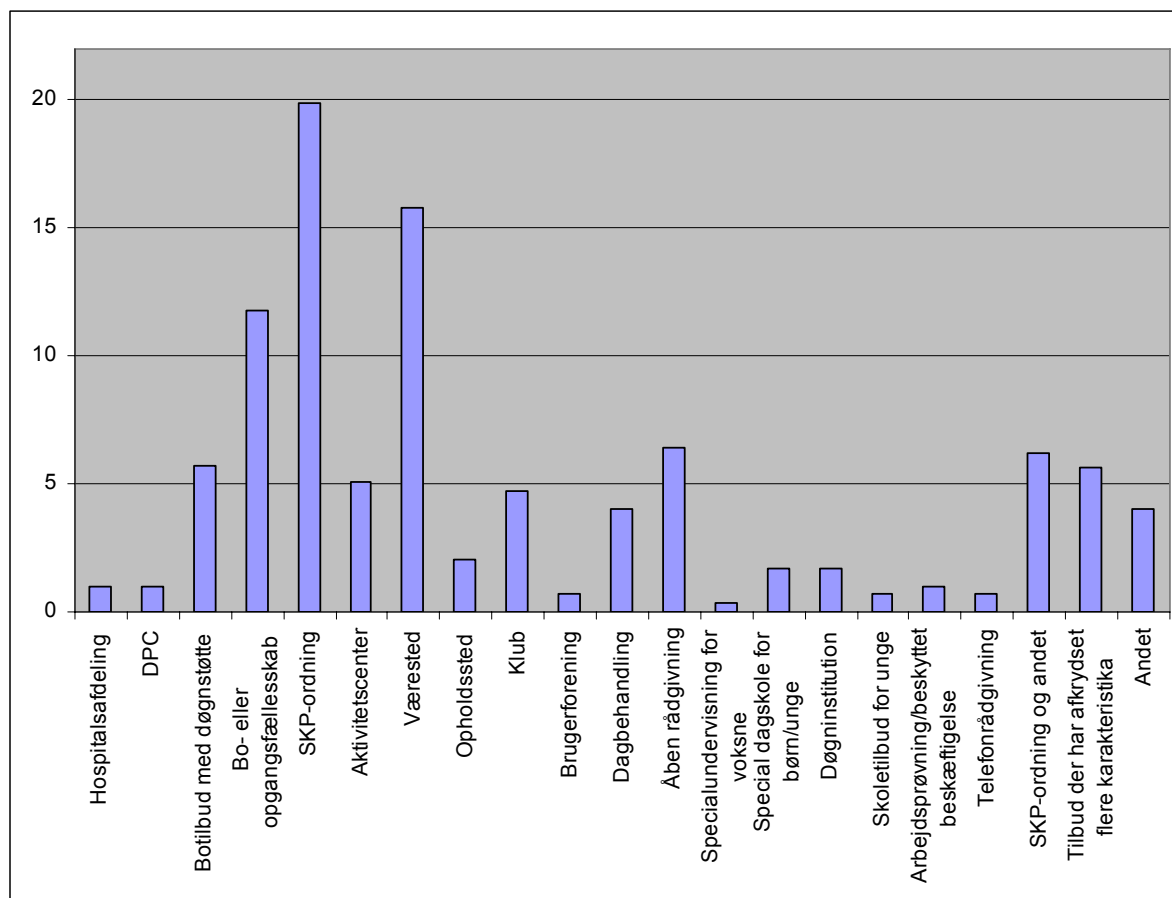


N=352

Amter driver tilbud, der henvender sig til unge, som er mest belastet af psykosociale problemer, og har også ansvaret for alle hospitalafdelinger og alle distriktspsykiatriske centre, der udgør 33 % af de amtslige tilbud. Dernæst kommer som socialpsykiatriske tilbud botilbud med døgnstøtte (25 %), der ligeledes henvender sig til de mest belastede, og endelig er der 8 % opholdssteder og 6 % dagbehandling. Alt i alt er amtets tilbud orienteret mod unge, der har fået diagnosticeret en sindslidelse med behov for medicinsk og social behandling.

De kommunale tilbud fordeler sig således:

Figur 5: Kommunale tilbud fordelt i procent



N=297

Kommunerne driver tilbud med udgangspunkt i, at unge med psykosociale problemer bor i kommunen. Det væsentligste tilbud er skp-ordninger, som udgør 20 % af de kommunale tilbud. Dernæst er det væresteder og bo- eller opgangsfællesskaber, som er de væsentligste. De åbne rådgivninger udgør også et betydningsfuldt socialt, kommunalt tilbud, der har relativt mange brugere, og som kan have både forebyggende og omsorgsmæssige formål. Kommunernes tilbud er mindre intensive (jf. afsnit om medarbejdere) end amternes.

Private og frivillige organisationer driver primært institutioner, og her drejer det sig i langt overvejende grad om opholdssteder (53 %) og botilbud med døgnstøtte (19 %).

Amtet er den vigtigste aktør på området. Det er for det meste organiseret i en sygehusindsats og en social indsats ofte opdelt på forskellige afdelinger i amtet. Der er således inden for amtets tilbud 54 %, som hører til i behandlingspsykiatrien og 46 %, som hører til i socialpsykiatrien.

Ser vi på den samlede fordeling mellem behandlings- og socialpsykiatri, er 16 % af tilbuddene behandlingspsykiatriske og 48 % socialpsykiatriske. De behandlingspsykiatriske tilbud omfatter sygehusafdelinger, distriktskykiatriske centre og dagbehandling. De socialpsykiatriske breder sig over botilbud med døgnstøtte, skp'er, væresteder og aktivitetcentre m.v. Blandt opholdsstederne angiver 31 %, at de er socialpsykiatriske, 6 %, at de er behandlingspsykiatriske, mens resten angiver, at de er en blanding eller noget andet.

Tilbuddenes beliggenhed

Når tilbuddene har forskellige tilhørsforhold, og undersøgelsen breder sig over 14 amter og 270 kommuner, må det forventes, at der er forskel fra det ene geografiske område til det andet. Forskelle kan imidlertid være kontroversielle, da det kan være svært at acceptere, at unge kan tilbydes en hospitalsplads i et område men ikke i et andet, eller at der er mange botilbud og væresteder nogle steder men ikke andre. Det er disse forskelle, vi vil se nærmere på i dette afsnit.

En oversigt over tilbuddenes geografiske fordeling siger imidlertid ikke noget om regionale forskelle. Et tilbud kan således godt være beliggende i et amt men modtage unge fra hele landet. Det gælder f.eks. i høj grad opholdssteder, hvoraf relativt mange ligger i Nordjylland.

Hvis forskellene i indsatsen over for unge med psykosociale problemer skal belyses, bør det ske ved at se på de respektive tilbuds lokale forankring. Undersøgelsen viser at:

- rådgivninger enten er meget lokale eller meget landsdækkende;
- behandlingstilbud, som hospitalsafdelinger, distriktpsikiatriske afdelinger, døgninstitutioner, dagbehandling og skp-ordninger primært er lokalt bundne (amtslig/kommunalt). De oplyser dog, at personer fra hele landet kan benytte tilbuddene;
- botilbud med døgndækning er lokalt orienterede, men åbne for unge fra hele landet;
- de socialpædagogiske opholdssteder er tydeligvis ikke lokalt bundne, da kun 5 % alene optager unge fra det lokale amt og dets tilknyttede kommuner;
- de øvrige tilbud som væresteder, aktivitetssteder, brugerforeninger m.v. er alle stærkt lokalt bundne.

Denne opdeling i forhold til den lokale forankring giver mulighed for at sammenligne de respektive geografiske områders indsats over for unge med psykosociale problemer. I den hidtidige myndighedsopdeling var amter og kommuner et grundlag for sammenligning. Da kommunalreformen imidlertid har indført en opdeling i regioner, har vi i de følgende fordelt tilbuddene på de respektive regioner i sammenligningerne.

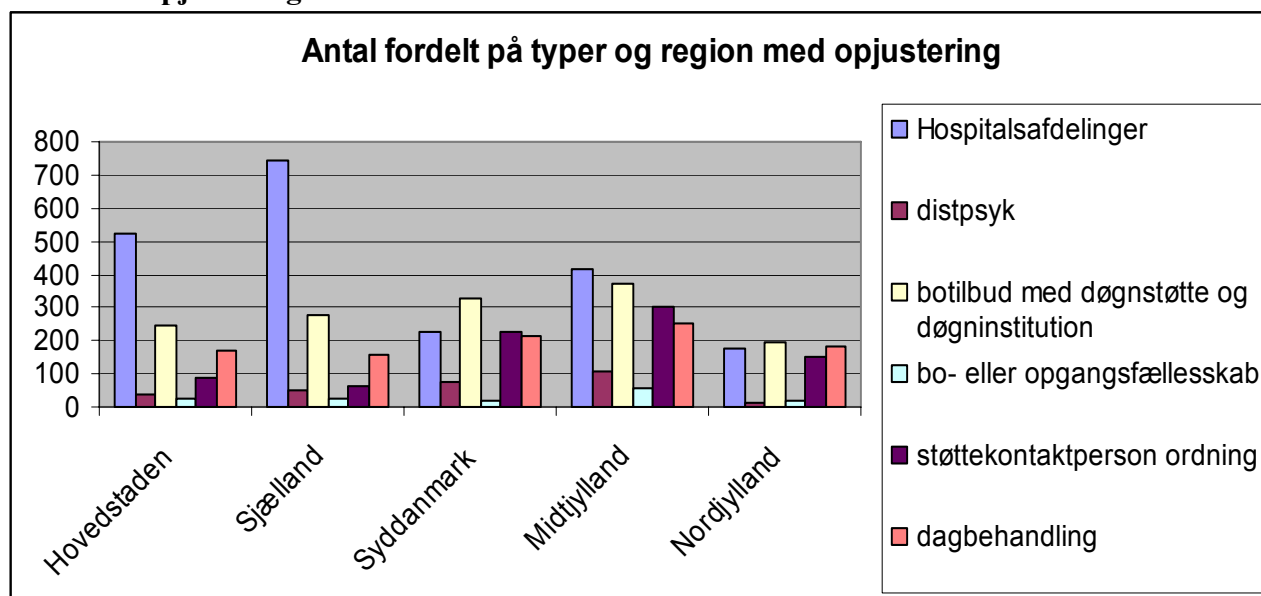
Behandlingstilbud

I sammenligningen af regionerne har vi brugt oplysninger om, hvor mange personer der aktuelt bruger de respektive tilbud (se bilagstabel 1). Der er imidlertid forskel på, hvilke typer tilbud som har indberettet henholdsvis ikke indberettet antallet af brugere. Vi har derfor lavet en beregning med henblik på at kunne sammenligne regioner på trods af disse mangler.⁴

⁴ Beregningen er foretaget ved for hver type af tilbud at opgøre, hvor mange brugere der i gennemsnit er på hver type for alle, som har svaret på spørgsmålet. Dernæst har vi opjusteret hver type i hvert amt med det antal tilbud, som ikke har svaret, hvorved vi antageligt kommer tæt på det rigtige tal. Der hvor usikkerheden i beregningen er størst, er ved hospitalsafdelinger, hvor over halvdelen af tilbuddene ikke har været i stand til at besvare spørgsmålet.

Det giver for behandlingstilbuddene følgende billede:

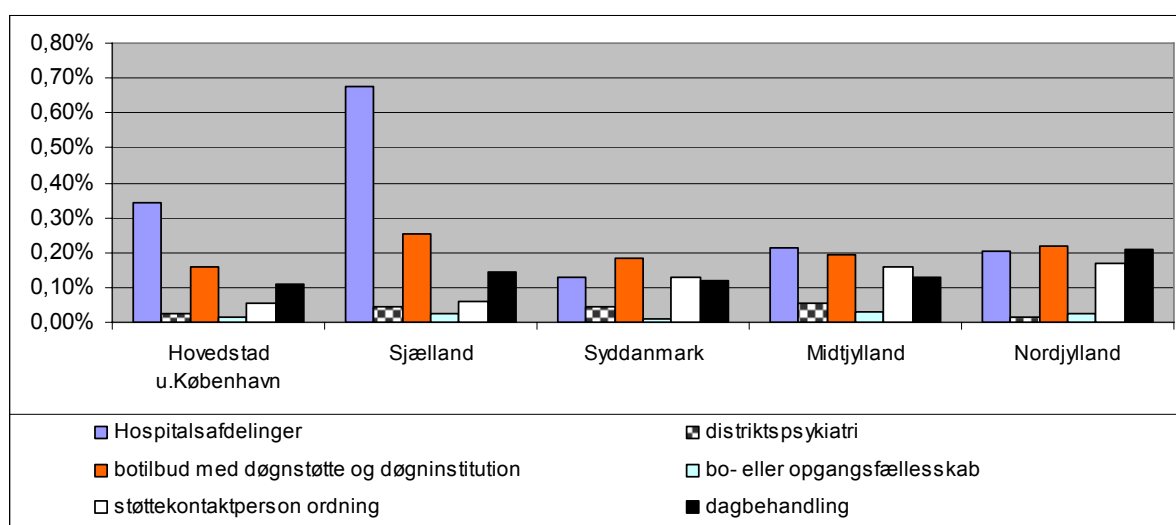
Figur 6: Antal brugere inden for hver type behandlingstilbud fordelt på regioner - med opjustering



Note: Tallene for Hovedstaden er uden tal fra Københavns Kommune, som kun i begrænset omfang har magtet at deltage i undersøgelsen.

Billedet af regionernes behandlingstilbud er temmelig forskelligartet. Der er således en forskel på hospitalsafdelinger fra 742 brugere i Region Sjælland til 180 brugere i Region Nordjylland. For døgntilbud varierer tallet fra 370 i Region Midtjylland til 196 i Region Nordjylland. På skp-ordningerne, som er kommunalt forankrede, er forskellen fra 305 i Region Midtjylland til 65 i Region Sjælland. Billedet bør imidlertid sættes i forhold til alle børn og unge i den udvalgte målgruppe – altså alderen 13-25 år. Hvis vi korrigerer for det, fremkommer følgende billede:

Figur 7: Antal brugere fordelt på typer og regioner i forhold til alle 13-25-årige opjusteret



Når antallet af brugere i behandlingstilbud sættes i forhold til antallet af 13-25-årige, er der 8 brugere af tilbud til unge med psykosociale problemer for hver 1.000 unge. Region Sjælland har det mest omfattende behandlingstilbud til målgruppen (12 brugere pr. 1.000), og Region Syddanmark har det mindste antal brugere pr. ung (6,2 pr. 1.000), mens de øvrige ligger på mellem 7 og 9 brugere pr. 1.000 unge.

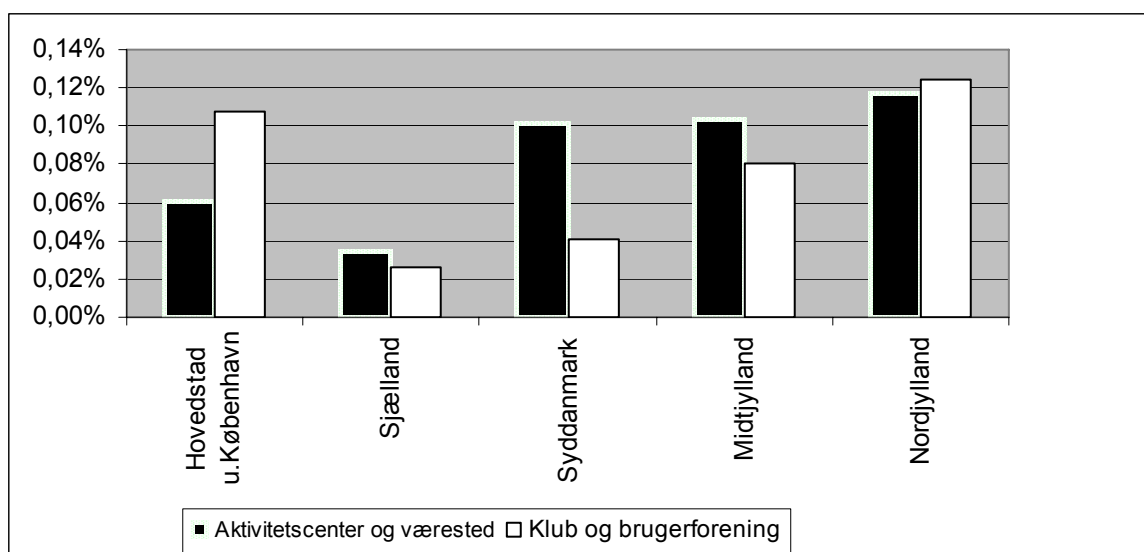
Generelt er der flest brugere på hospitalsafdelinger. Der er dog stor forskel på fordelingen af brugere på de respektive typer af tilbud. Region Sjælland har betydeligt flere brugere på hospitalsafdelinger end de øvrige regioner - især i forhold til Region Syddanmark. Det er således en intensiv hospitalsorienteret indsats og en relativ lille udbygning af de kommunale skp-ordninger, der kendetegner Region Sjælland.

Region Midtjylland og Nordjylland har det mest bredspektrede tilbud med mange sociale døgntilbud, hvor også de kommunalt forankrede skp-ordninger er de mest udbyggede. Der er således behandlingsmæssigt flest kombinationsmuligheder i disse regioner.

Omsorgstilbud (væresteder, aktivitetscentre, brugerforeninger og klubber)

Væresteder, aktivitetscentre, brugerforeninger og klubber er i høj grad lokalt forankrede, og mange beskriver, at de er forbeholdt bestemte kommuners borgere. Tilbuddene fordeler sig regionsvist således:

Figur 8: Væresteder, aktivitetscentre, klubber og brugerforeninger i forhold til antal unge i regionen



Antallet af brugere inden for disse tilbud er ikke særligt omfattende sammenlignet med antallet af unge og antallet af brugere inden for de øvrige tilbud. Der er knap én bruger pr. 1.000 ung på landsplan. Der er dog stor forskel på de forskellige regioner især i forhold til klub og brugerforeninger. Brugerforeningerne og klubber er primært tilbud, som eksisterer i de større byer, og forskellen på regionerne skyldes, at nogle af de større klubber er lokaliseret i de større byer.

Aktivitetscentre og væresteder fordeler sig mere jævnt ud over land og by. Det er dog tydeligt, at Region Sjælland kun har relativt få af disse tilbud og omvendt, at de tre jyske

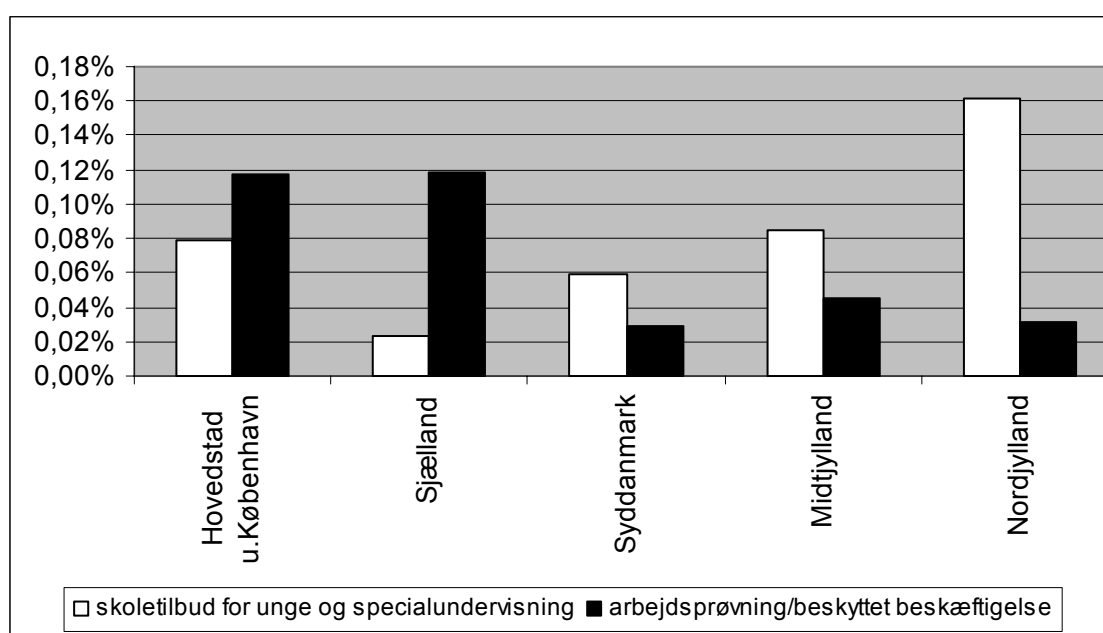
regioner har et relativt veludbygget net af denne slags tilbud. Tilbuddenes fordeling bekræfter igen, at Nord- og Midtjylland står for en relativt bredspektret indsats på området.

Kvalificeringstilbud (specialundervisning, specialskoler og arbejdsprøvning)

Arbejdsprøvning er lokalt, kommunalt forankret, og specialskoler/specialundervisning er her før kommunalreformen primært amtsligt forankrede, hvor de sidstnævnte har en vis åbenhed over for brugere fra hele landet.

Antallet af brugere fordeler sig således:

Figur 9: Antal brugere i skoletilbud og arbejdsprøvning i forhold til antal unge fordelt på hver region



Der er samlet under 1 ung bruger pr. 1.000 unge, der benytter de kvalificerende tilbud. Der er forskel på regionerne, hvor arbejdsprøvning og beskyttet beskæftigelse især gør sig gældende i hovedstaden og på Sjælland og i mindre omfang i de øvrige regioner. Det kan skyldes, at disse tilbud i højere grad er kommunalt baserede, og derfor ikke indgår i den bredspektrede indsats, som især de nord- og midtjyske amter har fremmet.

For skoletilbud for unge og specialundervisning er billedet med til at bekræfte, at de nord- og midtjyske regioner har etableret en relativ bredspektret indsats. Region Sjælland ligger her forholdsvis lavt.

Rådgivninger

Rådgivningerne er opdelt i landsdækkende rådgivninger, som henvender sig til brugere fra hele landet og i åbne rådgivninger, der primært er kommunalt forankrede. Nogle af de landsdækkende rådgivninger har lokale filialer, men opfatter sig som en central organisation (Studenterrådgivningen). Der er omtrent samme tilbud i alle regioner med undtagelse af Aalborg Kommune, som oplyser, at de har særlig mange i målgruppen i deres ungeinformation, som har kontakt med 736 brugere i målgruppen.

Sammenfatning om regionernes tilbud

Den regionale fordeling af brugere viser interessante forskelle. Region Midtjylland har sammen med Region Nordjylland den mest bredspektrede behandlingsindsats, hvor brugerne fordeler sig på flere typer af tilbud end i de øvrige regioner. Region Sjælland har flest tilbud pr. ung, og det er først og fremmest tilbud i sygehusvæsnet. Region Syddanmark har det mindste antal tilbud pr. bruger inden for de fleste tilbudstyper.

De typer tilbud, som er mindst udbredt, er omsorgstilbuddene, hvor der er under end 1 ung bruger pr. 1.000 unge. Men også her er der forskel især i forbindelse med aktivitetscentre og væresteder, hvor Region Sjælland viser sig at have særdeles få sammenlignet med de andre regioner.

De kvalificerende tilbud tyder på, at der gøres mere for unge under 18 år i form af skoletilbud i den nordjyske og midtjyske region, hvorimod arbejdsprøvning spiller en større rolle i hovedstaden og på Sjælland.

Det forskelligartede billede af, hvordan unge med psykosociale problemer bliver behandlet, tyder på forskellige begrundelser for at give meget af én type behandling et sted og mindre et andet sted (jf. i øvrigt Ebsen, m.fl. 2003). Det vil imidlertid kræve yderligere undersøgelser at finde ud årsager til forskellen: Kan det skyldes, at den bredspektrede indsats er billigere, at sygehusindsatsen er mere effektiv, at f.eks. skp-ordninger opfattes som mere menneskelige eller?

Det er ikke overraskende, at der er store regionale forskelle. I Sundhedsstyrelsens redegørelse (Sundhedsstyrelsen, 2006:28-31) varierer antallet af børn henvist til børne- og ungdomspsykiatri med over 300 % fra Ribe Amt med 1,34 henviste til Nordjyllands Amt med 0,4 henviste pr. 1.000 ung. Tallet kan ikke sammenlignes med denne undersøgelse, da aldersgruppen er en anden. Det indikerer dog det store behov, der også er på dette område, for at få mere viden om årsagerne til de store regionale forskelle.⁵

Målgruppe – køn og alder

Undersøgelsen har afgrænset målgruppen til unge mellem 13 og 25 år. Det betyder, at forældreperspektivet er mere vigtig i den ene end i den anden ende af aldersspektret. Samtidig er myndighedsgrænsen mellem barn og voksen 18 år. Hvis målgruppen deles op i forhold til unge over og under 18 år, ser det således ud:

Tabel 7: Antal brugere fordelt på piger og drenge samt alder

Køn og alder	13-17 år	18-25 år	I alt
Piger	48 %	63 %	57 %
Drenge	52 %	37 %	43 %
I alt	40 %	60 %	100 %

Note: Vi har i hvert tilfælde spurgt tilbuddet om, hvor mange unge de har inden for 2-årige aldersgrupper mellem 13 og 25 år. Mange har besvaret, men bortfaldet blandt hospitalsafdelingerne er større end de øvrige, da kun 41 % har svaret på spørgsmåle om køn, alder og antal. N= 778.

⁵ Forskellene kan f.eks. også skyldes forskellige former for indberetningspraksis. Jørgensen m.fl. har et eksempel på, hvordan registreringen af skadestuebehandling i Fyns Amt registreres som ambulante besøg, hvilket får amtet til at fremstå som et amt, der har mere behandling end de øvrige amter, som ikke har samme registreringspraksis. (Jørgensen, P. & Perto, G., 2000:32)

40 % af populationen er under 18 år, og 60 % er mellem 18 og 25 år. Det er således primært ældre unge, som befinder sig på de respektive tilbud.

Brugerne er opdelt i 57 % piger og 43 % drenge. Gruppen af piger er tydeligvis større end drengene. Tabellen viser imidlertid, at billedet skifter afhængig af aldersgruppe. Således er der blandt de yngste flere drenge end piger, hvorimod pigerne er i stort flertal blandt ældre unge. Opfattes det som en processuel tendens, tyder det på, at mange piger først kommer i kontakt med tilbuddene omkring 18-års-alderen. Desuden tyder det på, at der er mere fokus på drengene blandt yngre unge.

I besvarelserne har en række tilbud angivet brugere, som er ældre end 25 år. Ser vi på kønsfordelingen blandt de 26-30-årige, falder kvindernes andel til 58 %, og for de endnu ældre angives flere mænd end kvinder som brugere. Der skal næppe drages for vidtgående konklusioner på det grundlag, men det giver anledning til at diskutere, om kønnene blandt unge med psykosociale problemer først er fordelt med flere mænd, dernæst en øget kvindeandel for siden med alderens stigning at være nogenlunde lige store.

Aldersmæssigt fordeler de unge sig forskelligt på de forskellige typer af tilbud:

Tabel 8: Aldersfordeling inkl. gennemsnitsalder for hver type tilbud

	Gennemsnits- alder	Antal brugere 13-17 år	Antal brugere 18-25 år	Total 13-25 år
Hospitalsafdelinger, distriktpsikiatrisk center	18,6	503	543	1.046
Botilbud med døgnstøtte og døgninstitution	19,2	461	720	1.181
Bo- eller opgangsfællesskab	21,2	7	73	80
Skp-ordning	19,7	166	299	465
Aktivitetscenter og værested	21,6	24	338	362
Opholdssted	16,6	1098	401	1.499
Klub og brugerforening	18,8	132	159	291
Dagbehandling	17,7	376	281	657
Åben rådgivning og telefon- rådgivning	21,2	459	2140	2.599
Skoletilbud for unge og specialundervisning	16	411	90	501
Arbejdsprøvning/beskyttet beskæftigelse	21,3	10	273	283
Tværgående og opsøgende psykiatri-psykoseteam	21,5	2	109	111

Note: se under forrige tabel. Gennemsnitsberegningen er lavet ved at tage middeltallet i hver af de 2-årige aldersgrupper.

Hospitalsafdelinger og distriktpsikiatrien har en relativ lav gennemsnitsalder og en næsten ligelig fordeling af brugere under og over 18 år.

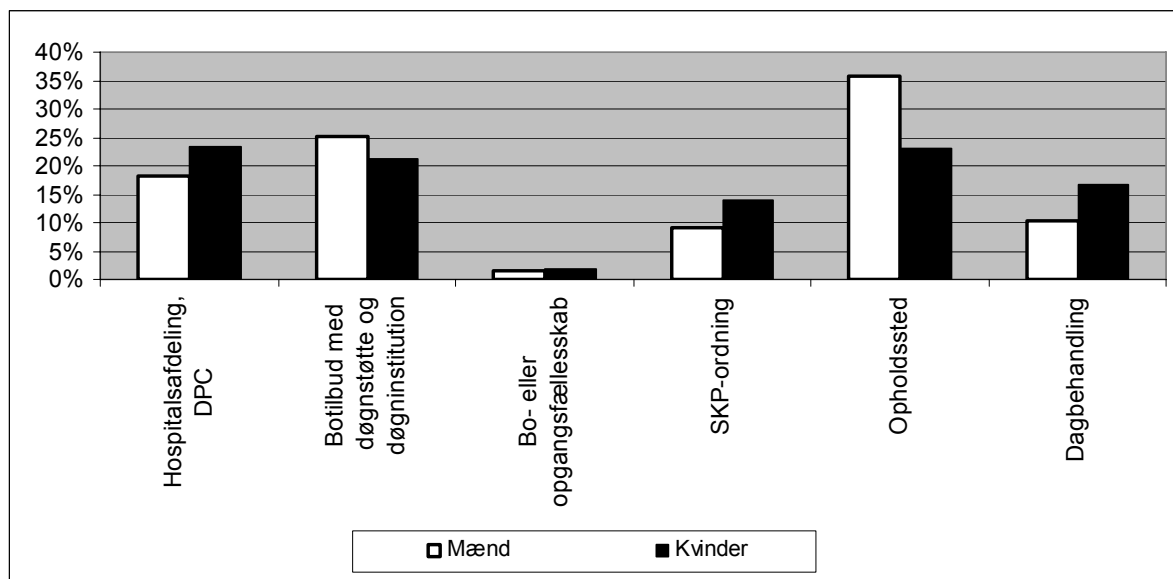
Opholdssteder og skoletilbud samt dagbehandling har en høj grad af brugere under 18 år. I forhold til opholdssteder passer det med, at de primært er sociale tilbud, hvor den psykiatriske behandling spiller en mindre rolle. De yngre unge er samtidig vanskeligere at diagnosticere (PsykiatriFonden 2001), hvilket betyder, at behandlingen primært bliver socialt funderet.

De tilbud, der primært retter sig mod den ældste del af ungegruppen, er aktivitetssteder, bo- eller opgangsfællesskab og tværgående og opsøgende psykoseteam.

De tilbud, der centrerer sig omkring 18-års-alderen, er tilbud som skp'er, botilbud med døgnstøtte og klub/brugerforeninger, hvorimod rådgivningstilbuddene, som har kontakt til mange brugere, henvender sig til den ældre del af ungegruppen.

Retter vi fokus mod, hvilke tilbud piger og drenge i de respektive aldersgrupper bruger, fremkommer følgende billede:

Figur 10: Antal brugere fordelt på tilbudstyper og køn i procent af mænd og kvinder



Kvinderne bruger i højere grad sundhedsvæsnets tilbud i forhold til mændene, der især foretrækker opholdssteder. Forskellene bliver tydeligere, hvis der differentieres på alder. Her befinder 49 % af behandlingsstedernes mænd under 18 år sig på et opholdssted mod kun 33 % af behandlingsstedernes kvinder. Hvad angår hele aldersgruppen, domineres opholdsstederne af mænd.

Derimod domineres hospitalsafdelinger og distriktpspsykiatriske centre af kvinder. Det gælder især for yngre unge, hvor 24 % af behandlingsstedernes kvinder opholder sig i forhold til 15 % af behandlingsstedernes mænd.

For botilbuddene gælder, at de er et vigtigere tilbud til mænd end kvinder, hvilket er i overensstemmelse med en tidligere undersøgelse (Guldbrandsen, 2001). For ældre unge er der 32 % af mændene, som er på botilbud, over for 27 % af kvinderne.

14 % af tilbuddenes kvinder bruger skp-ordninger i forhold til 9 % mænd. Dette tilbud er vigtigere for kvinder end for mænd i hele aldersspektret.

Endvidere har omsorgstilbuddene lige betydning for mænd og kvinder, hvorimod aktivitetssteder og væresteder har større betydning for de ældre unge end for de yngre.

Vender vi blikket mod de kvalificerende tilbud i form af skoletilbud, har de især betydning for de yngre drenge med næsten tre gange så mange drenge som piger. Arbejdsprøvning gælder kun for ældre unge af begge køn.

Hvad angår rådgivninger, er de primært et tilbud til kvinder med mere end fem gange så mange kvindelige som mandlige brugere. Rådgivningerne retter sig i øvrigt i høj grad mod kvindelige brugere over 18 år. For de yngre unge er der, bortset fra Studenterrådgivningen, ikke angivet mandlige brugere.

Nogle af de konklusioner, der tegner sig for alder, køn og typer af tilbud, er:

- Drenge modtager i højere grad de dyre sociale tilbud end piger, både mens de er yngre og senere. Der er endvidere flere drenge end piger, der bruger specialtilbud i skolerne.
- De kvindelige brugere er i flertal i den mest specialiserede behandling i sundhedssystemet. Her tiltager antallet i takt med alderen frem til det 20ende år, hvorpå antallet af brugere udlignes, og mænd og kvinder bliver næsten lige store. Der er også flere kvindelige brugere i dagbehandling og rådgivning.

Køn indgår kun sjældent i undersøgelser af danske forhold. I Sverige kan det for børn mellem 0-20 år konstateres, at lidt flere drenge er placeret uden for hjemmet. Der er flere drenge, som dels indgår i lokale og åbne foranstaltninger og dels på ungdomshjem og andre langvarige placeringssteder (Socialstyrelsen, 2004:82 og 85). Der er forskellige forklaringer på, hvorfor drengene kommer i fokus. Den svenske socialstyrelse anfører, at årsagen til, at drenges problemer opdages tidligere, er, at de er synlige og forstyrrende, og det får myndighederne til at overse pigernes problemer, som fremtræder anderledes. Det kan også være, fordi pigers problemer først senere bliver forstyrrende for omgivelserne, eller fordi de først senere som kvinder opfører sig anderledes, end det forventes af kvinder (ibid 2004:99).

Undersøgelsen tegner et billede af drengene, som de, der i en tidlig alder udviser en adfærd, der fremmer indgreb og handling fra sociale myndigheder og fører til anvendelse af opholdssteder. Hvorvidt disse drenge bliver ved med at være brugere af behandlingstilbud til unge med psykosociale problemer, eller om de efterfølgende siver ud i normalsystemet igen, viser sig i kriminalregisteret eller fortsætter behandlingen i de psykiatriske specialtilbud, viser undersøgelsen ikke noget om. Den viser heller ikke, om der evt. kommer nye brugere af tilbuddene i en senere alder. Men det forekommer oplagt at undersøge nærmere.

Undersøgelsen indikerer på lige fod med de svenske undersøgelser, at piger handler anderledes end drenge. De ”opdages” ikke af de sociale myndigheder og søger i højere grad individuelt at håndtere vanskelighederne gennem kontakt med rådgivninger og selvstændig kontakt med sundhedssystemet. Det kan forstås som en privat, individuel ”karriere” i sundhedssystemet og tyder på, at der er markante kønsforskelle i forståelsen af psykosociale problemer og anvendelse af de respektive tilbud. Også det kunne være interessant at undersøge nærmere, især når de svenske erfaringer inddrages.

Tilbuddenes målgrupper

I indledningen refererede vi til Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2006, som opstillede målet om, at unge primært skulle behandles af specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. På daværende tidspunkt var 1/3 af de unge blevet behandlet af henholdsvis børneafdelinger, voksenafdelinger og børne- og ungeafdelinger. De hospitalsafdelinger, som deltager i denne undersøgelse, har oplyst, at 40 % er voksenafdelinger, 30 % er børneafdelinger, og 30 % er børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Det adskiller sig ikke meget fra Sundhedsstyrelsens opgørelser.

Som et supplement til sygehuspsykiatrien giver undersøgelsen mulighed for at se, hvilke aldersgrupper de øvrige tilbud arbejder med. Det giver følgende billede:

Table 9: Selected offer types distributed by target group definition (children, youth & adult) in percent of offer type

	Botilbud med døgnstøtte	Skp-ordning	Opholdssted
Børnetilbud	6 %	10 %	20 %
Ungdomstilbud	25 %	23 %	79 %
Voksenteilbud	70 %	67 %	1 %
N	178	73	241

Note: The calculation is based on all cases with an upper 18-year limit or below being included as the child department. The adult department is when there can be persons over 30 years. For residential care, the lowest group in the youth group is taken from an indication of target group to 10-16 years.

It is striking in the eyes, that it is a relatively comprehensive problem, that youth with psychosocial problems stay in places with adults, when it comes to residential care with 24-hour support. It seems, that there is a significantly more unfortunate distribution than for hospital departments.

It can be explained, that the offers have a more permanent character, and that one does not want to send the youth further, just because they become older. It can at the same time only be highlighted by a more comprehensive investigation of the offers and this.

Visitation, indhold og afslutning

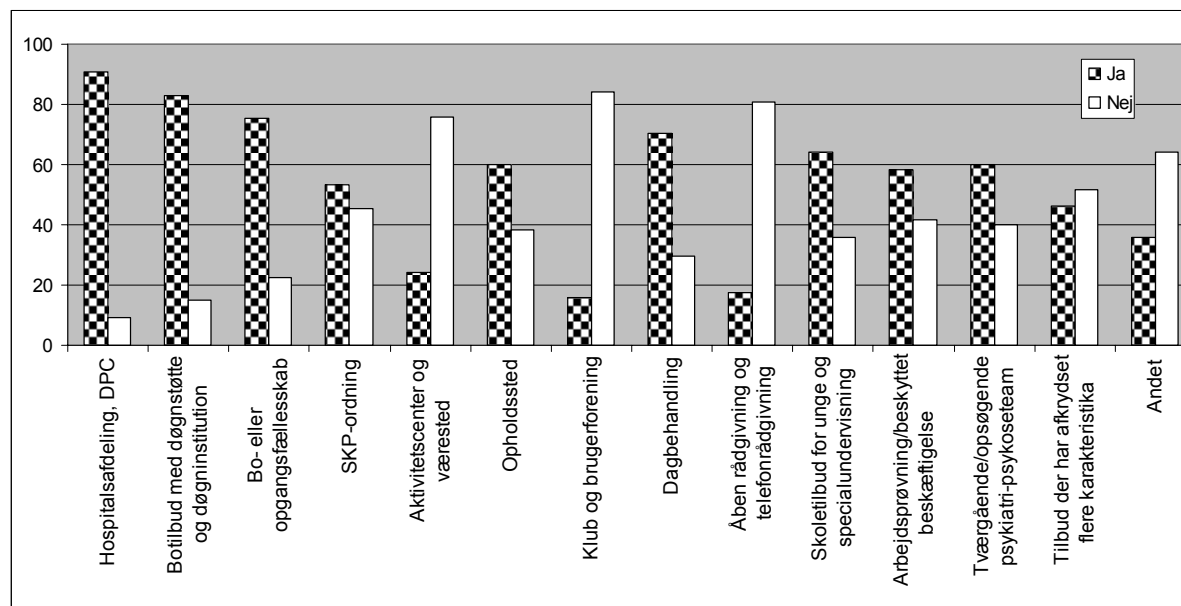
Ungeundersøgelsen (Nikolajsen, 2004) gav eksempler på, at unge i forbindelse med erkendelse af en sindslidelse kom i kontakt med rådgivninger, sagsbehandlere, praktiserende læger m.v. De var ofte indgange til egentlige behandlingstilbud, som de unge skulle henvises og visiteres til. Denne undersøgelse skelner mellem henvisning og visitation, hvor henvisninger handler om at blive anerkendt som relevant til et tilbud. Deri ligger en vurdering af den unges tilstand, og af hvilke typer af tilbud der kan være relevante.

I visitationen tages der endeligt faglig og økonomisk stilling til, om den unge kan påbegynde et konkret tilbud, og derved om den unge passer til et bestemt tilbud, om der er plads og at yde offentlig betaling for brugen af tilbuddet. I nogle tilfælde vil det være tilbuddet selv, der har visitationsretten og afgør, hvilke brugere der kan benytte tilbuddet, men ofte er visitationsretten kædet tæt sammen med en bevilgende myndighed, hvor en både faglig og økonomisk vurdering kan være afgørende for, om brugeren indskrives.

Henvisning

60 % af samtlige tilbud svarer ja til, at der skal foreligge en henvisning, før en bruger kan visiteres til det pågældende tilbud, og 39 % svarer benægtende. Det er således langt de fleste tilbud, som kræver en henvisning.

Figur 11: Tilbudstyper, der kræver henvisninger fordelt i procent



Note: N=1.026

Det er tydeligt, at kontakten til de mest behandlingsorienterede tilbud forudsætter en henvisning. Brugerforeninger, klubber, aktivitetcentre, åbne rådgivninger o. lign. er de tilbud, som oftest svarer, at en henvisning ikke er nødvendig.

Blandt de socialpædagogiske opholdssteder er der relativt mange (38 %), som ikke kræver henvisning.

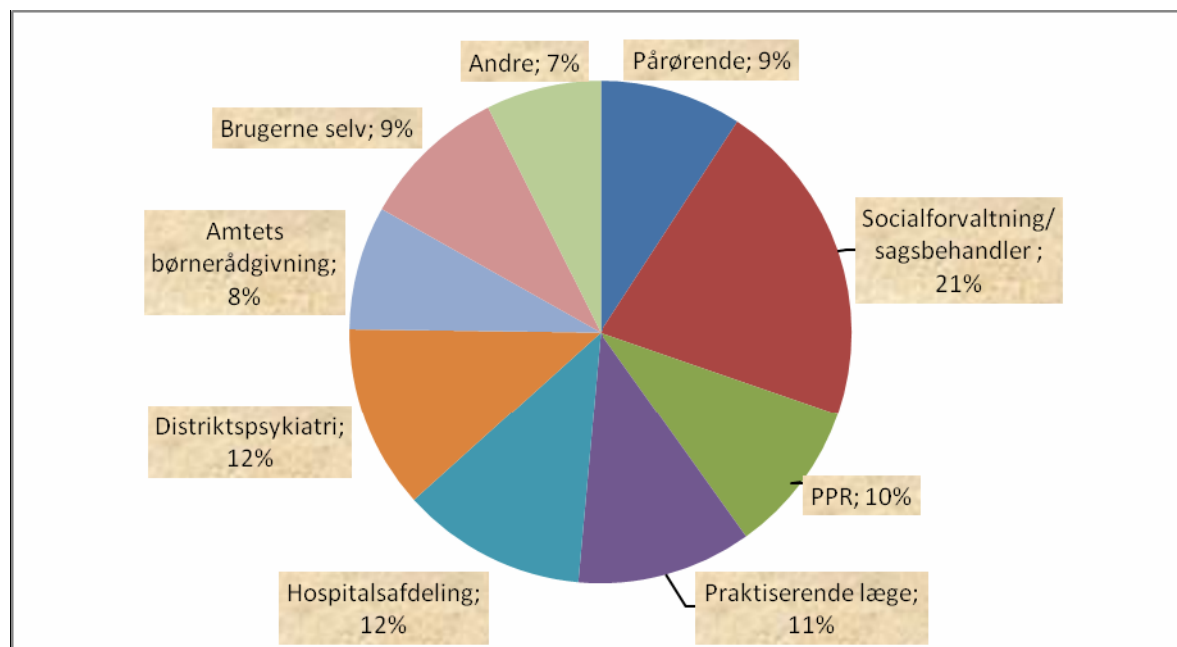
Skp-ordningen er delt i to næsten lige store grupper, hvilket tyder på, at der hersker to forskellige grundholdninger til ordningen. I nogle kommuner er det et relativt åbent tilbud, hvor skp'erne selv gennem deres kontakt med brugere finder ud af, hvem der skal inkluderes i indsatsen. I andre kommuner foregår en egentlig henvisning og sandsynligvis en visitation, som er centraliseret i forvaltningen.

Brugerne kan selv henvende sig til 52 % af tilbuddene uden en henvisning. Det er vanskeligst at henvende sig uden henvisning til behandlingstilbuddene. Det er f.eks. kun 21 % af brugerne, der selv kan henvende sig til skp'ere, 26 % der kan henvende sig direkte på hospitalsafdelingerne og 16 % til opholdssteder.

Samlet set er det - med undtagelse af Studenterrådgivningen - et område præget af henvisninger, hvor tilbuddene kun er tilgængelige for brugerne i det omfang, der ikke er behandling tilknyttet. Hvis der er behandling tilknyttet, er det svært for brugerne at komme i direkte kontakt med stederne. Dermed bliver det vanskeligt for unge med psykosociale problemer at få en fornemmelse af det sted, de eventuelt skal flytte ind i, modtage behandling fra, være beskæftiget i og gå i skole i osv., inden de siger ja. Hvis det antages, at det er vigtigt for netop disse unge at vide, hvad der skal ske, har det stor betydning, at brugere fra starten af har ret til selv at være med og bestemme, om det sted, man eventuelt skal henvises til, er noget, man kan acceptere.

Ser vi på, hvem der kan henvise brugere, fremkommer følgende billede:

Figur 12: Henvisning



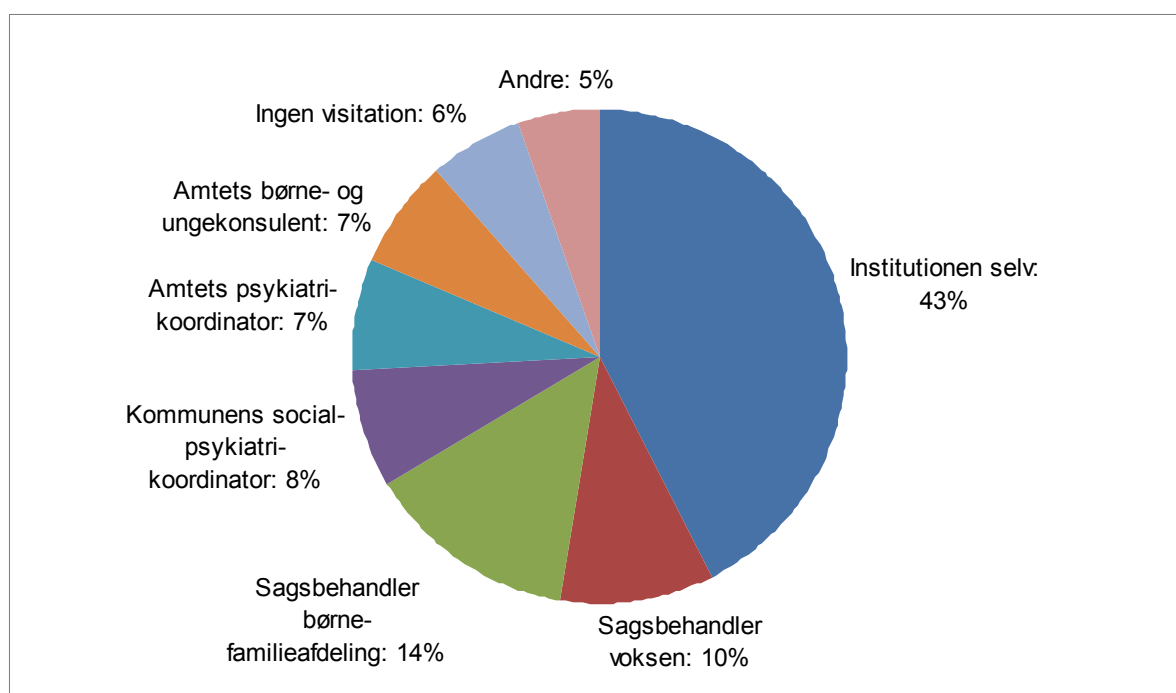
Note. Opgørelsen er foretaget ved at summere alle respondenternes kryds i de i alt 9 svarmuligheder. De kunne markere mere end én gang, og der blev i alt markeret 4.667 gange, hvilket har dannet grundlag for fordelingen i figuren.

Social- og Sundhedsforvaltningen, hvor også Børne- og Familieforvaltningen hører under, er den myndighed/forvaltning, der hyppigst kan henvise. De har den største berøringsflade og kan henvise i langt de fleste sager. En vigtig undtagelse er hospitalsafdelingerne, der kun henviser i lidt under halvdelen af tilfældene. Her er det i stedet hyppigere den praktiserende læge, der henviser.

Visitation

Visitation er den proces, hvor det afgøres om en ung sindslidende kan få adgang til et bestemt tilbud. Det kan via en henvisning være afklaret, om en ung er relevant for et tilbud, men den endelige beslutning kan herefter involvere flere instanser end de, der var involveret i beslutningen om henvisning:

Figur 13: Parter med betydning for visitation



Note: Opgørelsen er fremkommet ved, at tilbuddene har afkrydset flere svar, som derefter er talt sammen og fordelt procentvis. Der var således i alt 1.793 ja-svar i de respektive kategorier. I gruppen "Andre" er ofte angivet amtet, som opfattes, som andet end amtets psykiatrikoordinator eller børne- og ungekonsulent. N=1.107.

Det er først og fremmest institutionen selv, der bestemmer, hvem der får adgang til stedet. Stort set alle tilbud har således svaret, at de har indflydelse på visitationen. Det er tydeligt, at hospitalsafdelinger suverænt bestemmer, hvem der får adgang til hospitalet. En lille gruppe bestående af botilbud med døgnstøtte (7) og nogle få skp-ordninger (6) har angivet, at de ikke selv har ret til at visitere.

Kommunernes sagsbehandlere har i lighed med amtets børne- og ungekonsulent relativ stor indflydelse på især de socialpædagogiske opholdssteder, da de beslutter betaling for opholdet. Begge parter har ligeledes stor indflydelse på døgninstitutioner og botilbud med døgnophold, men må her dele indflydelse med amtets psykiatrikoordinatorer. Den kommunale psykiatrikoordinator har størst indflydelse på skp-ordningen og bo- eller opgangsfællesskaber.

9 %⁶ af tilbuddene angav, at de ikke havde nogen visitation, men 'fri adgang'. Det var først og fremmest tilbud inden for gruppen åben rådgivning, klubber, brugerforeninger,

⁶ Når det afviger fra tallet i figuren, er det fordi den angiver betydningen af de respektive parter indflydelse i visitationsprocessen, og dermed afviger fra den enkelte grupperings tal.

aktivitetscentre, væresteder og lign. Disse tilbud giver udtryk for, at unge kan komme direkte fra gaden.

Når visitationen foretages, angiver 73 % af stederne, at det sker efter forudbestemte regler, og for 25 % af tilbuddene er der ikke udformet visitationskriterier.

For de, som har definerede visitationskriterier, er der forskel på typen. Nogle er nedfældet i tilbuddets vedtægter, andre er formuleret af stedets ejere, f.eks. defineret af politikerne på henholdsvis kommunalt/amtligt eller folketingsniveau. 657 tilbud valgte at vedlægge deres visitationskriterier. Nogle tilbud præciserer i kriterierne, hvilke diagnosegrupper de arbejder med. Andre supplerer med afgrænsninger om, hvem de ikke ønsker at modtage, f.eks. misbrugere eller voldelige, udadreagerende unge. Visitationskriterierne rummede også processuelle krav om, at unge skal være fuldt udredte, før de placeres, eller at der skal foretages bestemte typer af undersøgelser, før anbringelse kan finde sted. Endvidere lagde flere vægt på, at den unge skal passe ind med stedets øvrige brugere, og at det testes gennem besøg, kortere 'praktikophold' eller krav om, at brugeren skal være indstillet på at arbejde med at ændre sin adfærd osv.

Ikke overraskende er især tilbud som væresteder, klubber, brugerforeninger, åbne rådgivninger og lign. blandt de, der svarede nej til visitationskriterier, da der disse steder ikke er formaliserede retningslinier for hvem, der må/kan bruge tilbuddet. Det kan imidlertid overraske, at 19 % af opholdsstederne, 16 % af hospitalerne og 19 % af distriktspsykiatrien angiver, at de ikke har visitationskriterier. For de to sidstnævnte betyder det, at det alene er et personligt skøn i den konkrete situation af den specifikke visitator, der afgør, om den unge får adgang til stedet.

Ventetid

En ting er at blive henvist og visiteret, men derfra kan der godt gå et stykke tid, inden den unge har mulighed for at benytte tilbuddet, da der kan være ventetid. 38 % af 1.090 oplyser, at der er ventetid, og 58 % angiver, at de ikke har ventetid, fordi nogle af tilbuddene er åbne for de, som henvender sig (fri adgang).

Blandt de 38 % med ventetid er det botilbud om døgnophold (56 %), bo- eller opgangs-fællesskab (56 %) og hospitalstilbud (50 %), der hyppigst angiver, at der er ventetid. Vi har også spurgt ind til længden af ventetiden, men kun 190 har svaret. Det kan enten skyldes, at de ikke er bekendt med længden, at de ikke ønsker at oplyse den, eller som nogen har oplyst, at ventetiden løbende varierer. I almindelighed er ventetiden kort, da 65 % angiver, at den ligger mellem 0 og 3 måneder.

Antages det, at besvarelserne inden for de tre grupperinger med den højeste ventetid er repræsentative, gælder følgende:

Tabel 10: Ventetid for de tre typer af tilbud, som hyppigst angiver ventetid i %

	op til 3 mdr.	3-6 mdr.	6-9 mdr.	9-12 mdr.	over et år	I alt	N
Hospitalsafdelinger, DPC	77 %	12 %	5 %	5 %	2 %	100 %	43
Botilbud med døgnstøtte og døgninstitution	35 %	19 %	19 %		28 %	100 %	43
Bo- eller opgangsfællesskab	71 %	14 %			14 %	100 %	7

Det er tydeligt, at der især er lang ventetid på sociale tilbud om døgnophold, hvor 28% har en ventetid på over et år. På hospitalsafdelingerne, hvor kun et lille antal har svaret, oplyses det, at 24 % har en ventetid over tre måneder. Det er mindre end i Sundhedsstyrelsens opgørelser, der baserer sig på spørgeskemaundersøgelser fra amterne, hvor tallet er 37 % (Sundhedsstyrelsen, 2006).

Selvom både botilbud og hospitalsafdelinger er de to tilbudstyper, der markerer, at de – inden for gruppen af tilbud med ventetid – tegner sig for den største andel, så er det som sagt relativt få set i relation til deres respektive andele af den samlede kortlægning.

Ser vi på den geografiske fordeling af tilbud med ventetid, tegner der sig følgende billede:

Tabel 11: Udvalgte tilbud, som har/ikke har ventetid fordelt på regioner i procent

Hospitalsafdelinger og distriktpsychiatriske centre

	ja	nej	ved ikke		N
Region Hovedstaden	54	42	4	100	24
Region Sjælland	56	41	4	100	27
Region Syddanmark	39	57	4	100	23
Region Midtjylland	42	55	3	100	33
Region Nordjylland	67	33		100	6

Botilbud med døgnstøtte og døgninstitutioner

	ja	nej	ved ikke	N
Region Hovedstaden	48	43	10	21
Region Sjælland	59	32	10	41
Region Syddanmark	61	34	5	44
Region Midtjylland	54	32	14	57
Region Nordjylland	48	44	7	27

Bo- eller opgangsfællesskaber

	Ja	nej	ved ikke	N
Region Hovedstaden	64	36		11
Region Sjælland	75	25		4
Region Syddanmark	43	43	14	7
Region Midtjylland	62	31	8	13
Region Nordjylland	50	50		8

Tabellerne viser, at ventetiden i hospitalsvæsnet primært gør sig gældende i Nordjylland og i mindst omfang i Region Syddanmark. Det virker lidt overraskende, at Region Sjælland har så mange tilkendegivelser på ventelister, når det tages i betragtning, at man netop her tilbyder mange pladser i sygehusvæsnet jf. kap.2.

Når det handler om døgntilbud til unge, er billedet omvendt. Region Nordjylland har sammen med Region Hovedstaden færrest tilkendegivelser om ventetid, og Region Syddanmark har flest. Hvis bo- eller opgangsfællesskaber og døgntilbud ses under et, er der i Region Sjælland (60 %) flest, der angiver, at de har ventetid, og i Region Nordjylland færrest, der angiver, de har ventetid (49 %).

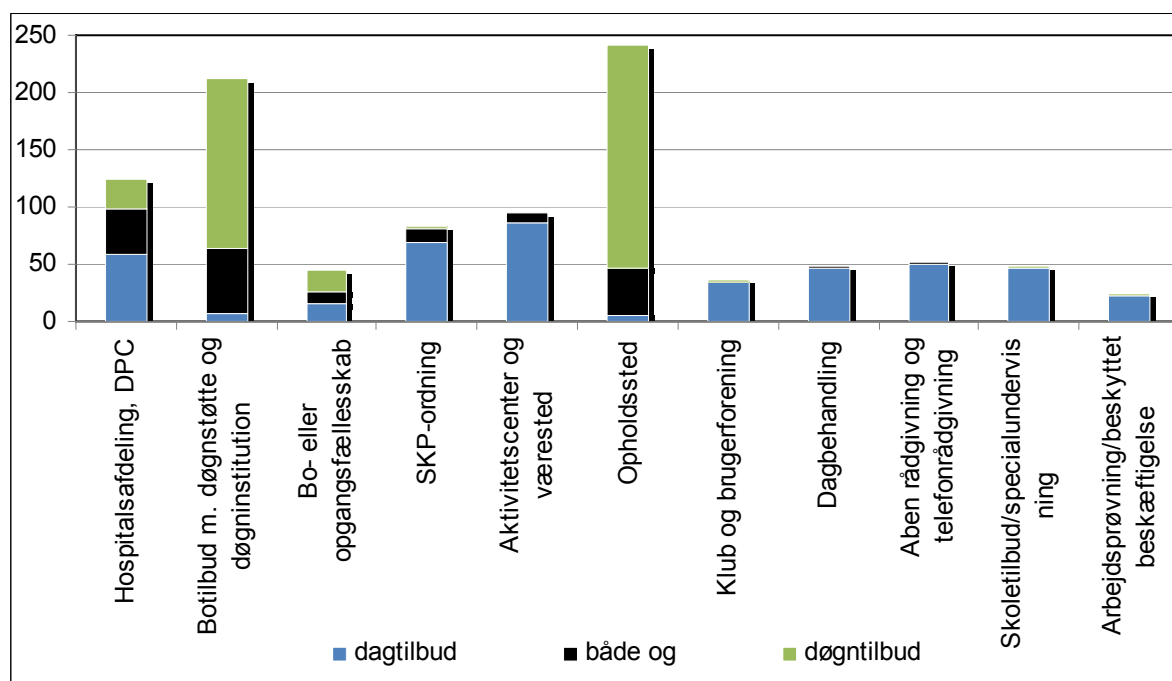
Indsatsens indhold og målgruppe

Når de unge har erkendt deres psykiske vanskelighed og nærmer sig det tidspunkt, hvor de enten får eller har fået en diagnose, får de tilbudt medicinsk og/eller social behandling. Dermed påbegyndes et egentligt behandlingsforløb, og denne indsats belyses i undersøgelsen ved at se på åbningstider, diagnoser, symptomer, opgaver, behandlingsformer og typer af personale.

Åbningstider

Undersøgelsen viser, at de fleste steder har åbnet hele døgnet (602). Heraf angiver 194, at de har særlige dagtilbud ud over døgndækningen og 499 angiver, at de kun har åbent om dagen.

Figur 14: Åbent dag eller døgn fordelt på typer af tilbud



Note: N= 1.099

Stort set alle opholdssteder og døgntilbud har åbent hele døgnet, hvilket ikke er overraskende. Det samme gælder for hospitalsafdelingerne. Derimod er distriktpspsykiatrien, skp-ordninger og væresteder overvejende dagtilbud.

Derudover har 28 % af dagtilbuddene åbent om formiddagen, 30 % har åbent om eftermiddagen og kun 15 % har åbent om aftenen og 6 % i weekender.

Skp-ordningerne og de åbne rådgivninger er stort set kun tilgængelige i dagtimerne. Værestederne har åbent i dagtimerne og over halvdelen i aftentimerne samt en fjerdedel hver weekend. Der er stort set ingen af de distriktpspsykiatriske tilbud, der har åbent i weekenden eller om aftenen.

Samlet viser undersøgelsen, at unge hjemmeboende sindslidende primært har mulighed for behandlingsmæssig bistand i dagtimerne. Der er, bortset fra værestederne, kun få af de øvrige tilbud, der er tilgængelige i aften- og nattetimerne samt weekenden.

Diagnoser

I indledningen skitserede vi kort, at det var svært at beskrive unge med psykosociale problemer præcist. En række af de unge har ikke blot psykosociale problemer, men kan betragtes som psykisk syge og har fået stillet en egentlig diagnose.

Diagnoser i psykiatrien adskiller sig fra diagnoser i den øvrige medicinske verden (Kringlen, 2006). De baserer sig primært på symptomer i flere varianter, hvor nogle handler om adfærd, andre om kropsfølelser og atter andre om, hvordan man opfatter verden omkring sig. Psykiatrien er ikke præget af årsagsforklaringer, hvor der søges efter bestemte årsager til en given adfærd med en dertil knyttet diagnose og efterfølgende behandling. Det er symptomer, som er i centrum, og det virker logisk, da det er det enkelte menneskes adfærd og selvopfattelse, der arbejdes med. For at blive helbredt er det nødvendigt, at den enkelte selv aktivt tager del i behandlingen. Samtidig er det vanskeligt med sikkerhed at præcisere de årsager og sammenhænge, som resulterer i en sindslidelse. Der er en individuel sammenhæng mellem den enkeltes biologiske disponering, og den måde omgivelser og samfund reagerer og socialt håndterer forskellige former for adfærd.

Diagnoserne ensliggøres på tværs af lande i to store systemer, dels det amerikanske DSM system, og dels WHO's ICD-system, hvor sidstnævnte (ICD-10) anvendes i Danmark, og derfor bruges i det følgende. I den danske oversættelse af ICD-10-systemet hedder det:

... og sociale kriterier er undgået (undtagen for schizofrenia simplex, dissocial personlighedsstruktur og enkelte børnepsykiatriske kategorier). (WHO 1997:9)

Der er således tale om en kategorisering, som ser på symptomer, der skal kunne accepteres alment, hvilket må antages at være alment mellem lægeuddannet personale – altså psykiatere. Det er således i lighed med den øvrige lægevidenskab en individorienteret og biologisk opfattelse, der ligger til grund for diagnosesystemet og ikke - eller kun i begrænset omfang - en opfattelse, hvor unge ses i sammenhæng med familie, venner, skole, uddannelse osv.

Diagnoserne er ikke statiske. De afspejler, at der indvindes ny viden inden for området bl.a. på baggrund af den forskning, der foregår inden for psykiatrien og beslægtede områder. Men diagnosesystemerne afspejler også ændringer i samfundets kulturelle opfattelse af afvigende personer. Diagnoserne er ikke kun forbundet med symptomer men også med, hvad der kulturelt kan anerkendes som sygdom. Historisk set har diagnoser som homoseksualitet og syfilis være karakteriseret som psykiatriske lidelser, men er senere udeladt. Kringlen (2006:45) angiver, hvordan masochisme får en særlig udformning som ”self-defeating personality disorder” som følge af krav fra feminister i forhold til mishandling af kvinder.

Medicinske diagnoser giver mulighed for at angive, hvilke behandlingsmetoder der virker, når personer har fået stillet en diagnose – ofte ved at fokusere på en lidelses årsager. I psykiatrien giver diagnoser ikke nogen klare anvisninger på, hvad der skal ske. Der hersker ikke enighed om, hvilke andre forhold end de biologiske som skal tillægges betydning i både diagnosticering og behandling. Det illustreres f.eks. af Read, m.fl. (2005), som i en sammenfatning af en lang række undersøgelser påviser, hvordan langt flere med skizofreni og psykoser end personer med andre psykiatriske diagnoser har været udsat for seksuelle

overgreb eller mishandling som børn. De antyder, at en vigtig konsekvens er, at ”psykologiske tilgange er mere effektive end medicinering for psykotiske personer, som lider under et barndomstraume.” (ibid:344 – forfatterens oversættelse).

Psykiatriske problemstillinger kan også ses som udtryk for et samspil mellem biologiske og sociale fænomener (Kringlen, 2006, Rutter, 1997, PsykiatriFonden, 2001). Kringlen gør opmærksom på, at det altid er komplicerede enkelttilfælde, som fører til en psykiatrisk lidelse, og at standardiserede behandlingsformer skal bruges med stor varsomhed. Det er således svært at finde sikre og entydige metoder til behandling af sindslidelser.

Nyere forskning har i stigende omfang gjort opmærksom på, at biologien har større betydning end tidligere antaget (Kringlen, 2006, Rutter, 1997). Nogle siger, at der er sket et skift i den dominerende opfattelse af sindslidelse:

”Forandringen i opfattelsen af problemets (psykiske problemer og adfærdsforstyrrelser, forfatterens tilføjelse) natur og årsag kan groft sammenfattes til at i 1970’erne var det ”samfundets fejl”, i 1980’erne var det forældrenes (moderens) fejl og i 1990’erne overgik man til at tale om hjerneskade.”(Hallerstedt, 2006:14)

Der er således forskellige opfattelser af, hvordan sindslidelse skal opfattes, selv om ICD-10-systemet sandsynligvis har udvirket en vis enighed om, hvad den enkelte diagnose betyder, og dermed hvad folk fejler. Der er sandsynligvis endnu flere opfattelser af behandling, hvor de fleste antageligt er enige om, at det er nødvendigt at kombinere de medicinske, terapeutiske (f.eks. psykoterapeutiske) og sociale indsatser. Det er ikke tilstrækkeligt at medicinere, men nødvendigt at arbejde med den sindslidende som et socialt individ. Personen må selv spille med og tage ansvar for behandlingen, hvis den skal lykkes.

Behandlingen kan således ikke kun relateres til biologiske forhold, men må også ses i forhold til den sociale kontekst, som møder unge med sindslidelse. Det viser sig da også som tidligere omtalt i rapporten, at behandlingen i praksis består af både medicinske og sociale tilbud, hvor det sociale f.eks. især præger indsatsen over for yngre drenge.

Den medicinske og sociale behandling står imidlertid på et forskelligt vidensgrundlag. Den medicinske er forankret på sygehuse og i sundhedssystemet, hvor der afsættes midler til forskning og undersøgelser. De omhandler iflg. en forskningsoversigt (Hansen&Albæk, 2006) aspekter som omfanget af bestemte diagnoser og resultater af forskellige medicinske behandlingsindsatser. Sundhedsindsatsen har sin egen medicinske terminologi, som er forankret i WHO og bredt anerkendt.

I modsætning hertil er den sociale behandling i betydelig mindre omfang undersøgt. I et vist omfang er den terapeutiske indsats genstand for forskning, f.eks. i Rutter 1997. Derimod er den øvrige sociale indsats i form af pædagogisk arbejde, omsorgsarbejde og indsatser rettet mod at bibeholde eller reintegrere unge inden for det almindelige samfunds rammer kun i begrænset omfang undersøgt – og næsten ikke i Danmark. Dertil kommer eller måske afledt heraf, har den sociale behandling kun i mindre grad udviklet termer og begreber af samme styrke og udbredelse som de medicinske.

Den medicinske dominans fremgår også af de statslige redegørelser, som udformes i Sundhedsstyrelsen, og aktuelt er domineret af opgørelser over den specialiserede børne- og ungdomspsykiatri. Der er stort set ikke tal eller undersøgelser, der belyser den terapeutiske eller sociale virksomhed af indsatsen i Danmark over for unge med sindslidelse eller psykosociale problemer.

Unge med psykosociale problemer, der kommer i kontakt med behandlingssystemet, vil ofte møde den dominerende medicinske terminologi, som vil forsøge at indkredse og stille en diagnose. Undersøgelsen viser, at 784 tilbud (66 %) kender de unges diagnoser, og 23 % eksplicit angiver, at de ikke kender dem. På spørgsmål om det er nødvendigt at have en diagnose for at kunne henvende sig eller blive henvist, svarer 353 (30 %) ja og 776 (65 %) nej. Det store antal respondenter på spørgsmålene vidner om, at alle forholder sig til diagnoser. Enten som en vigtig indikator på, hvem og hvad der arbejdes med eller som noget, der eksplicit lægges afstand til. Diagnoser er således noget, man forholder sig til i alle tilbud.

Der er fire typer af tilbud, hvor kravet om en diagnose er i overtal. Der kræves en diagnose for 70 % af de distriktspsykiatriske centre, for 66 % af hospitalsafdelingerne, 64 % af bo- eller opgangsfællesskaberne og 53 % af botilbud med døgndækning. Disse tilbud kan derfor karakteriseres som primært medicinsk-diagnostisk orienterede.

26 hospitalsafdelinger oplyser, at de ikke behøver nogen diagnose, hvilket måske nok skyldes, at de modtager unge, som skal undersøges og endnu ikke kan gives en diagnose. Det er sandsynligvis tilfældet for de 12 afdelinger, der kun arbejder med unge under 18 år. En supplerende forklaring kan være, at nogle hospitalsafdelinger fungerer som psykiatriske skadestuer, og derfor modtager flere uden diagnoser. For de 13 distriktspsykiatriske centre, hvor der ikke kræves diagnoser, kan lignende forklaringer gøre sig gældende.

Skp-ordningerne kræver diagnoser i 41 % af tilfældene. De er således delt i to næsten lige store dele, som kræver henholdsvis ikke kræver en diagnose. De var også delt i to i spørgsmålet om, hvorvidt det er nødvendigt med en henvisning eller ej, men der er ikke tale om samme to dele.

De behandlingstilbud, som i mindst omfang kræver diagnoser, er opholdssteder og tilbud om dagbehandling. For opholdssteder gælder, at de i kraft af deres socialpædagogiske udgangspunkt er mindst præget af medicinske kategorier, og den sociale forståelsesramme er mest udbredt. For dagbehandling er det antageligt svært kun at fokusere på en medicinsk baseret behandling, da brugernes sociale hverdag næppe kan undgå at gøre sig gældende.

47 % af aktivitetsstederne kræver en diagnose for at blive henvist. For de øvrige omsorgsprægede tilbud er det betydeligt færre steder, der kræver en diagnose. Rådgivninger kræver i sagens natur kun i begrænset omfang diagnoser.

Hvad angår fordelingen af diagnoser i undersøgelsen, ser billedet således ud:

Tabel 12: Angivne diagnoser absolut og i forhold til det samlede antal besvarelser

Diagnose	Antal	Antal i forhold til besvarelser
Organiske psykiske lidelser F 0-09	241	32,6 %
Misbrugsbetingede psykiske lidelser eller tilstande F10-19	373	50,5 %
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, m.v. F 20-29	522	70,6 %
Affektive sindslidelser (mani - depression) F30-39	414	56,0 %
Nervøse og stressrelaterede tilstande eller lidelser F40-49	347	47,0 %
Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser F50-59	387	52,4 %
Forstyrrelser/forandringer af personlighedsstruktur & adfærd F60-69	540	73,1 %
Psykiske udviklingsforstyrrelser F 80-89	331	44,8 %
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser i barndom F90-99	563	76,2 %

Note: Svarenes validitet vil være forskellige, da det er forskellige fagpersoner, som har svaret. På 385 steder er der tilknyttet en psykiater, hvilket skulle give en høj validitet. På de øvrige kan svaret variere afhængig af, hvad der er nedfældet af psykiatere, psykologer m.v. i journalmateriale, hvad de unge selv har oplyst og ud fra, hvad man tror. Angivelserne er karakteristisk for, hvilke lidelser de respektive steder tror, de arbejder med. N=739.

De fleste tilbud har angivet, at de har unge med diagnosen *Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst* (F90-98), og som 563 steder har angivet, de arbejder med. Næsten lige så mange arbejder med *Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd* F60-69 (540) og *Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykose, akutte og forbigående psykotiske tilstande samt skizoaffektive psykoser* F20-29 (522).

Kun få steder arbejder med organiske psykiske lidelser F00-09 (241).

Ud fra udenlandske undersøgelser anslås de mest udbredte psykiske lidelser for børn og unge til følelsesmæssige forstyrrelser, tilknytnings- og adfærdsforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser (Thomsen, 1999:40). Det er således umiddelbart overraskende, at unge med skizofreni m.v. gør sig gældende på så mange tilbud. Det er den psykiatriske sygdom, som angives at være mest alvorlig, og indebærer derfor den mest omfattende behandling (Gouliaev, 1999).

De tilbud, som skiller sig ud ved i højere grad at angive diagnosen skizofreni end de øvrige, er døgnophold med bostøtte, hospitaler, distriktpsychiatri og væresteder.

Videnscenter for Socialpsykiatri har fået Center for Psykiatrisk Grundforskning til at lave en oversigt over diagnoser på unge (13-25 år), som var i kontakt med den amtslige psykiatri i 2004 og 2005. Oversigten viser, at de mest udbredte diagnoser er "Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer." (F40-49), som udgør 23 % af diagnoserne i aldersgruppen i 2005. Det stemmer ikke overens med denne undersøgelses billede af diagnosefordelingen⁷ og heller ikke med opgørelsen fra

⁷ Tallene er ikke umiddelbart sammenlignelige, da denne undersøgelse er baseret på indberetninger om, hvilke typer af diagnoser det enkelte tilbud arbejder med og opgørelsen fra registret er opgjort baseret på den enkelte unges hoveddiagnose.

PsykiatriFonden (PsykiatriFonden, 1999). I forhold til sidstnævnte kan det skyldes, at billedet reelt har forandret sig, og nogle diagnoser er kommet mere i fokus.⁸

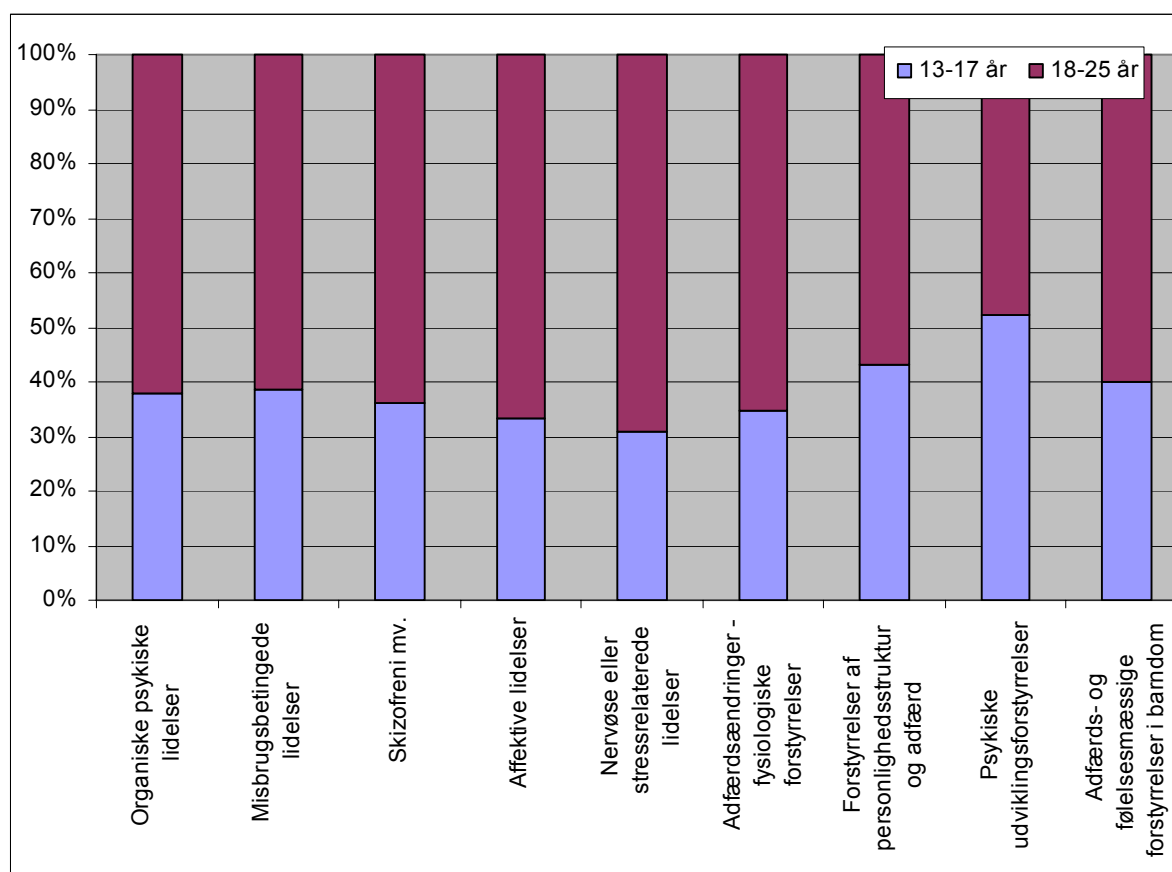
Ser vi nærmere på diagnoserne fra hospitaler og distriktspsykiatri alene, adskiller de sig fra de samlede tal ved, at der er betydeligt færre, der angiver diagnosen ”Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst” (F90-98) og lidt færre tilfælde med diagnosen ”Nervøse og stressrelaterede tilstande” (F40-49). De øvrige tilfælde angives hver gang i lidt flere tilfælde. Det tyder på, at de øvrige tilbud i højere grad anvender disse diagnoser til at beskrive deres population. Det forklarer lidt af forskellen mellem Center for Psykiatrisk Grundforskning og undersøgelsens tal i forhold til F90’erne, da undersøgelsens samlede tal rummer flere typer af tilbud. Men det forklarer ikke forskellen i forhold til F40’erne.

Hos de øvrige behandlingstilbud (tilbud med døgnstøtte, bo- eller opgangsfællesskaber, skp-ordningerne) er de hyppigst angivne diagnoser skizofreni og affektive lidelser, og der arbejdes mindst med organiske psykiske lidelser og adfærdsændringer forbundet med fysiske forstyrrelser.

For opholdssteder er der i forhold til antallet af steder angivet betydeligt færre diagnoser. Det skyldes, at aldersgruppen primært er yngre unge, og de i mindre omfang bruger de medicinske kategorier i behandlingen. De hyppigst angivne diagnoser er her adfærdsændringer og følelsesmæssige forstyrrelser i barndommen, og de mindst anvendte affektive lidelser er misbrug og skizofreni m.v.

⁸ Et eksempel på, at en øget opmærksomhed på et bestemt problem betyder, at flere søger behandling kan være spiseforstyrrelser, som Sundhedsstyrelsen har været særlig opmærksom igennem en årrække. Sundhedsstyrelsen konstaterer, at antallet af spiseforstyrrede, der henvises til sygehusene, stiger med ca. 6 % fra 2004 til 2005 (Sundhedsstyrelsen, 2006). Dette eksempel kan dog ikke bruges til at forklare de nævnte forskelle, da diagnoserne ligger i F50-spektret.

Figur 15: Diagnoser fordelt på personer over og under 18



Note: Figuren er fremkommet ved at krydse angivelserne af hver diagnose med det samlede antal unge, som er angivet for det sted, som har krydset af. Det er således ikke givet, at alle de unge det pågældende sted har diagnosen. Figuren angiver ikke, men anslår aldersfordelingen for de respektive diagnoser.

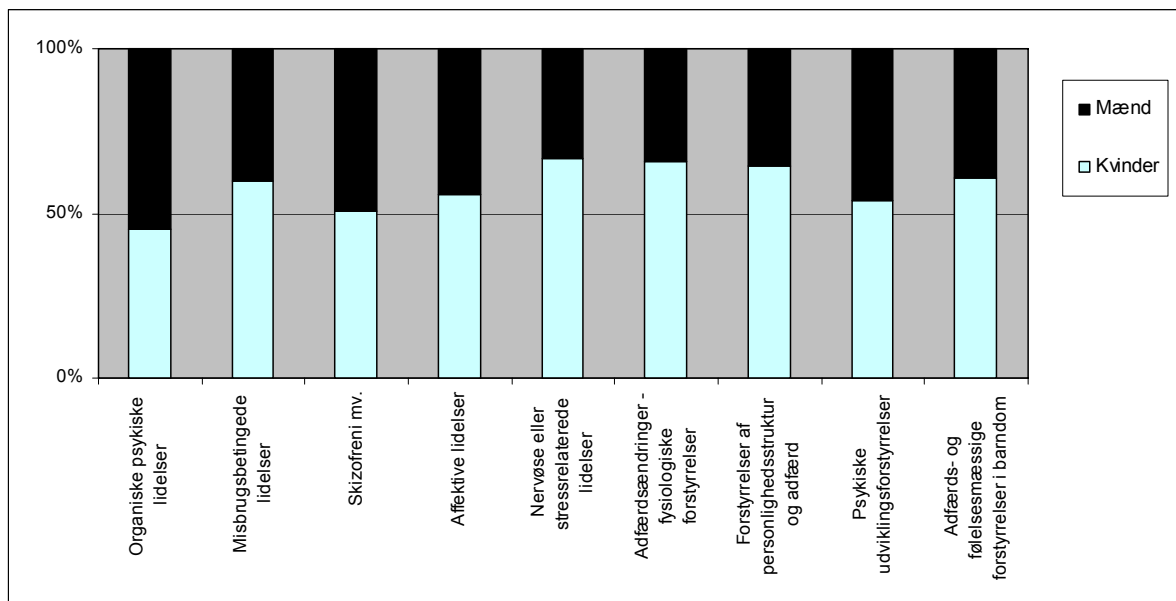
Aldersfordelingen for unge over og under 18 år viser generelt, at diagnoser mest anvendes over for unge over 18 år.

Inden for hver diagnose er der flest over 18 år. Der er dog næsten en ligelig fordeling for psykiske udviklingsforstyrrelser, som iflg. ICD-10 især er rettet mod børn, hvilket derfor ikke er overraskende. Gruppen af nervøse eller stressrelaterede lidelser er den gruppe, der har relativt flest unge over 18 år.

I forhold til den alvorlige skizofrenidiagnose, som iflg. Aarkrog (1999) er en diagnose, der primært konstateres i ungdomsårene, anslås det, at der er flest unge over 18 år (ca. 2/3) på de steder, der arbejder med skizofrene.

Kønsfordelingen i forhold til diagnoser kan anslås til:

Figur 16: Antal kvinder henholdsvis mænd for hver diagnose procentuelt



Note: Figuren fremkommer ved at se på, hvilke diagnoser de enkelte tilbud arbejder med, hvor mange kvinder/ mænd der er, sammenlægge dem og sætte dem i forhold til hinanden. Figuren angiver ikke, men anslår derved kønsfordelingen.

Figuren illustrerer for det første, at de tilbud, der arbejder med en diagnosticeret sindslidelse, har flere kvindelige end mandlige brugere. For det andet illustrerer figuren, at der er en næsten ligelig fordeling af kvinder og mænd, hvor der arbejdes med skizofreni m.v. og med psykiske udviklingsforstyrrelser. Kun i forhold til organiske psykiske lidelser tyder det på, at der er flere mænd.

Misbrug

Misbrug er en særlig diagnose, som indgår i F10-19 ICD-10-kategorien, og som 10 % af tilbuddene angav at arbejde med. Der er dog sandsynligvis en del tilbud, der ikke bruger diagnose og alligevel arbejder med de unges misbrug:

Tabel 13: Antal misbrugere fordelt på type af misbrug

	Antal misbrugere	I procent
Uspecificerede	76	3 %
Alkohol	701	31 %
Hash	919	40 %
Hårde stoffer	146	6 %
Blanding	429	19 %
Total	2.271	100 %

Note: Der er en gruppe tilbud, som har svaret få, mange, alle eller blot sat kryds. De indgår ikke i tabellen.

Tabellen tyder på, at misbrug er et udbredt fænomen blandt unge med psykosociale problemer. Det er hash, alkohol og for en dels vedkommende en blanding, der gør sig gældende.

Det er et relativt lille antal, som indtager hårde stoffer. De befinder sig i størst omfang på botilbud med døgndækning og i skp-ordninger og kun i mindre omfang på hospitalsafdelinger og distriktspsykiatriske centre.

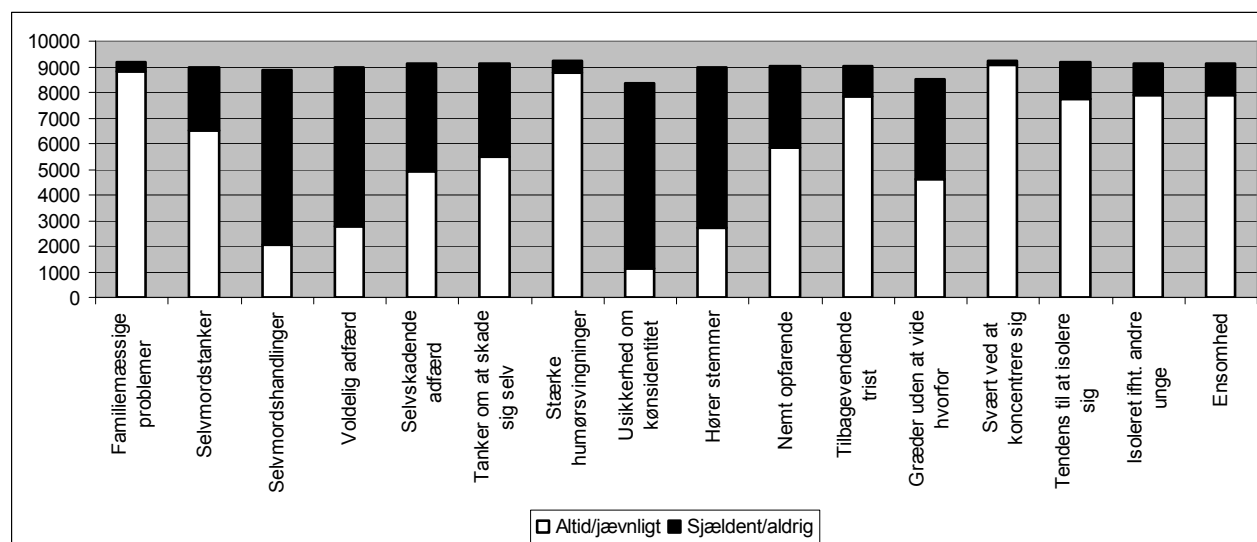
Der er forskellige grader af misbrug på de forskellige typer af tilbud. 52 % af tilbuddene angiver, at der er misbrugere blandt de unge. Hvad angår behandlingstilbuddene, angiver mellem 75 % (distriktspsykiatriske centre) og 48 % (bo- eller opgangsfællesskaber), at der er misbrugere blandt de unge. Kun 29 % af opholdsstederne oplyser, at de har unge misbrugere blandt deres beboere.

Symptomer

Diagnoserne inden for psykiatrien bygger på en række forskellige symptomer, som danner et samlet billede inden for den enkelte diagnose. Det er ikke muligt med en kortlægning som denne at lave et dækkende billede af de symptomer, som indgår i de talrige diagnoser. I stedet er der spurgt ind til nogle symptomer, som vores baggrundsgruppe og pilotgruppe fandt interessante.

Formålet er at give et lidt bredere billede af tilbuddene, da symptomer for en del tilbuds vedkommende er nemmere at beskrive end en egentlig diagnose, der ofte kræver psykiatrisk ekspertise.

Figur 17: Symptomer på de unges vanskeligheder fordelt efter antal brugere



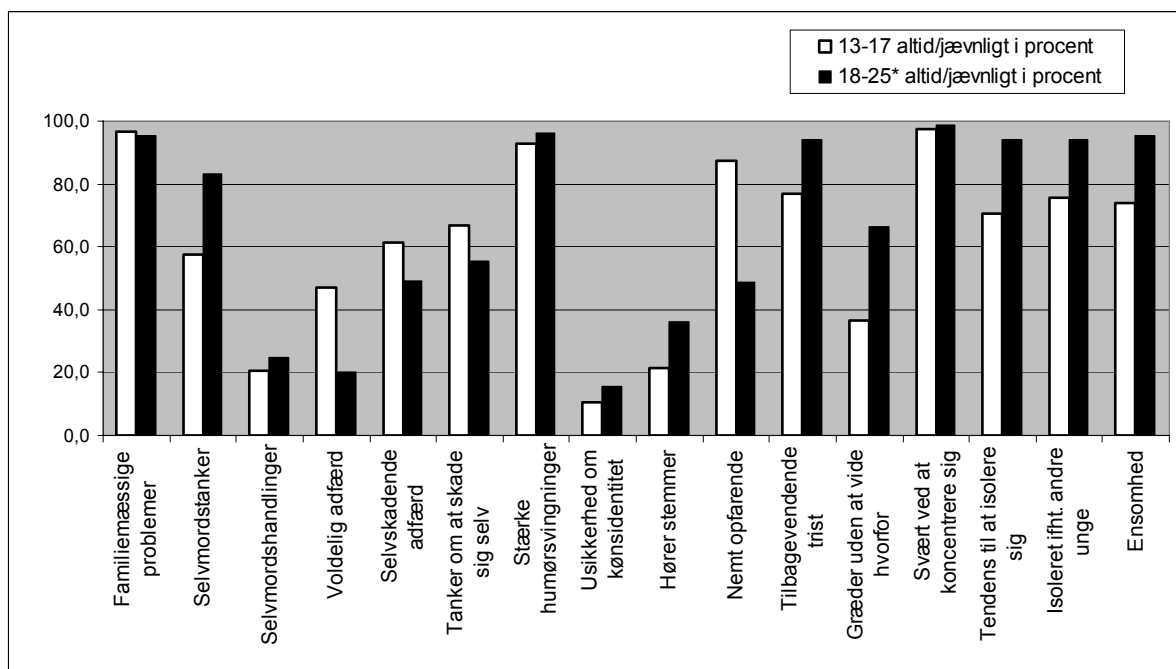
Note: I hvert tilfælde kunne tilbuddet krydse af i fem kategorier: altid/jævnligt, sjældent/aldrig og ved ikke. Vi har lagt de to yderste kategorier sammen til en i figuren, så fire muligheder bliver til to. Det enkelte tilbud har svaret for samtlige unge på stedet. N=642.

Figurene viser, at symptomerne kan grupperes i tre grupper:

- De fleste angav som symptomer, at unge har familiemæssige problemer, stærke humørsvingninger, besvær med koncentration, er tilbagevendende triste, isolerede, har tendens til at isolere sig og er ensomme.
- Midtefeltet markerede som symptomer, at unge oplever selvmordstanker, selvskadende adfærd/tanker om samme, er nemt opfarende og græder uden at vide hvorfor.
- De færreste angav som symptomer, at unge oplever usikkerhed om kønsidentitet, selvmordshandlinger, har voldelig adfærd eller hører stemmer.

Sammenholdes angivelser af symptomer med tilbuddenes aldersangivelser, fremkommer følgende billede:

Figur 18: Altid og jævnlige typer af psykosociale problemer opdelt i unge brugere på over og under 18 år i procent inden for hver gruppe

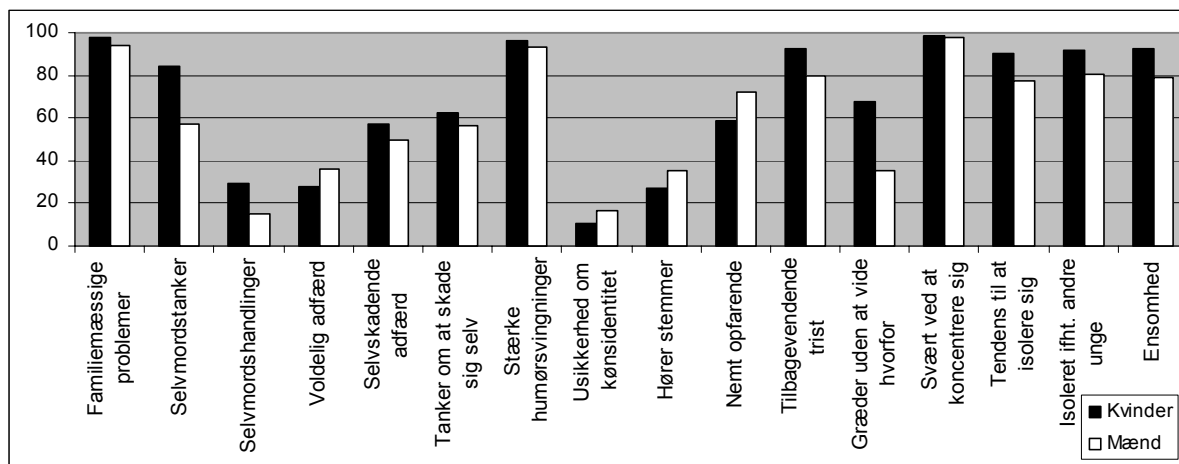


Note: Billedet af kategorien sjældent og aldrig følger med omvendte udsving ovenstående. Vi har talt de under og over 18-årige sammen i hver deres gruppe, hvorpå vi har set på, hvordan de hver især har svaret på spørgsmålet om, hvordan de unges psykosociale problemer ytrer sig. Resultatet er således ikke det reelle tal, men en indikation på aldersfordelingen. N=642

I forhold til unge over og under 18 år er symptombilledet tydeligt forskelligt. Når vi opdeler efter alder, tyder undersøgelsen på, at steder, der arbejder med unge under 18 år, i højere grad angiver symptomer som voldelig adfærd, selvskadende adfærd/tanker og nemt opfarende. De, som arbejder med unge over 18 år, angiver derimod i højere grad selvmordstanker, tilbagevendende trist, isolation og ensomhed som vigtige symptomer. Det er ydermere markant, at steder, der arbejder med unge over 18 år, også har stor overvægt af ”græder uden at vide hvorfor” og ”hører stemmer”.

I forhold til stedernes angivelse af køn, ser billedet således ud:

Figur 19: Forekomst af symptomer altid/jævnligt i procent af alle fordelt på køn



Note: Se noten til figuren ovenfor og bemærk, at det er en beregnet indikation. N=642

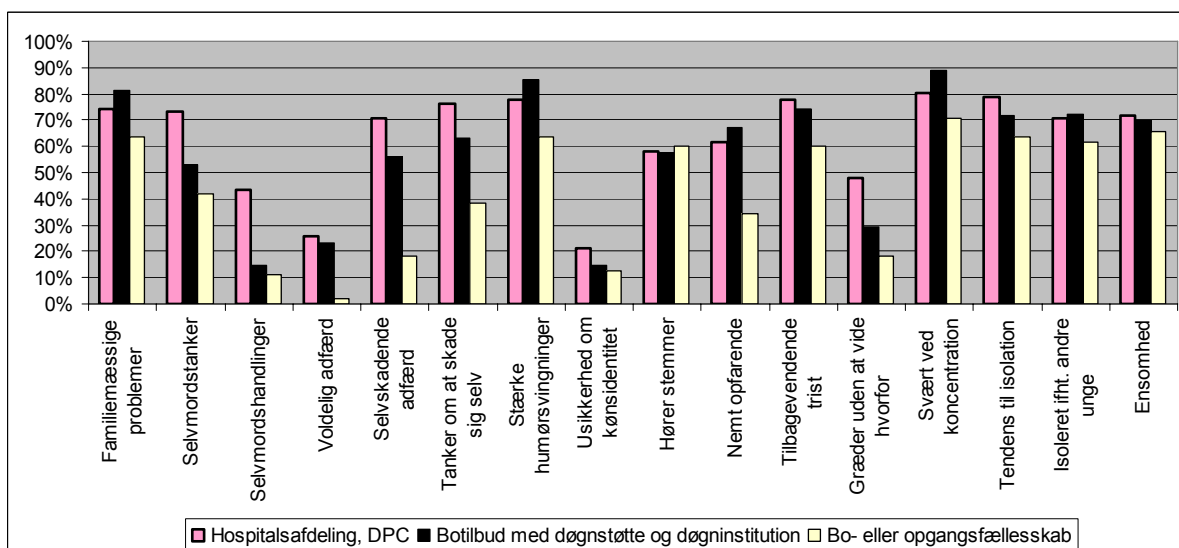
Figuren viser, at kvinder og mænds symptomer næsten fordeles sig på samme måde. Tilbud, der arbejder med unge med ensomhed/isolation, tilbagevendende tristhed, ”græder uden at vide hvorfor” og selvmordstanker/handlinger angiver, at der er lidt flere kvinder end mænd. I modsætning til det arbejder steder, som angiver symptomer som opfarende, har voldelig adfærd og hører stemmer, med lidt flere mænd.

Undersøgelsen indikerer således, at forskellene i alder i en vis udstrækning kan forklares med køn, da kvinderne er i flertal for de over 18-årige.

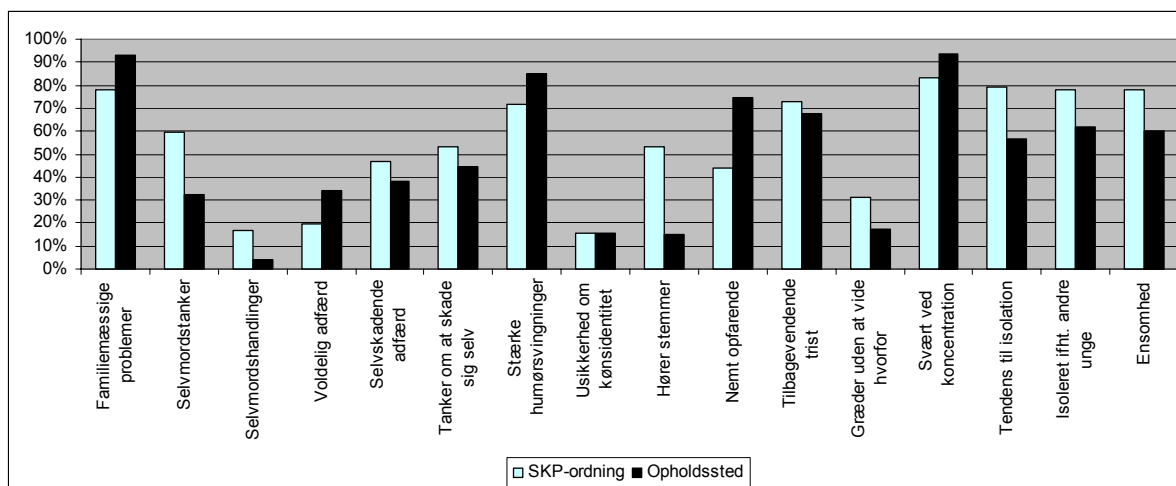
Sammenholdes symptomer med typerne af tilbud, fremkommer følgende billede:

Figur 20: Symptomer på typer af tilbud

A. Hospitalsafdelinger/distriktpsykiatriske centre, sociale tilbud med døgnstøtte og bo- eller opgangsfællesskab i procent af besvarelser inden for hver kategori.



B. Skp-ordning og opholdssted



Note: Svarprocenterne inden for hver kategori er: Hospitalsafdelinger/distriktspsykiatri 80 %, Botilbud og døgninst. 80 %, Bo- eller opgangsfællesskab 76 %, Skp-ordning 87 % og Opholdssted 97 %.

Af figurerne fremgår det, at unges symptomer ligner hinanden uanset typen af tilbud. I almindelighed er de udtrykte symptomer hyppigere angivet af hospitalsafdelinger/ DPC'er end de øvrige tilbud.

Hospitalsafdelingerne/distriktspsykiatriske centre angiver, at de hyppigst møder symptomer som mangel på koncentration, tendens til isolation, tilbagevendende tristhed, familiemæssige problemer, humørmæssige svingninger og tanker om at skade sig selv. De mindre udbredte symptomer er voldelig adfærd og usikkerhed om kønsidentitet.

For tilbud med døgn dækning er de hyppigst forekommende symptomer mangel på koncentration, humørmæssige svingninger, familiemæssige problemer og tendens til isolation, mens selvmordshandlinger, usikker kønsidentitet og voldelig adfærd er mindre udbredt.

SKP-ordningerne oplever oftest mangel på koncentration, tendens til og reel isolation fra andre unge og familiemæssige problemer og i mindre grad symptomer som usikkerhed om kønsidentitet, selvmordshandlinger og voldelig adfærd.

Opholdstederne møder oftest familiemæssige problemer, mangel på koncentration, humørsvingninger, og at de unge er nemt opfarende. De mindst udtrykte vanskeligheder er selvmordshandlinger, at de unge hører stemmer, er usikre på kønsidentitet og græder uden at vide hvorfor. Opholdstederne skiller sig ud fra de andre, hvilket sandsynligvis skyldes, at deres brugere er yngre, og dermed mere relaterede til forældre og familiemæssige problemer. Dertil kommer, at det endnu er uafklaret, hvorvidt et symptombillede orienteret mod sindslidelse har betydning.

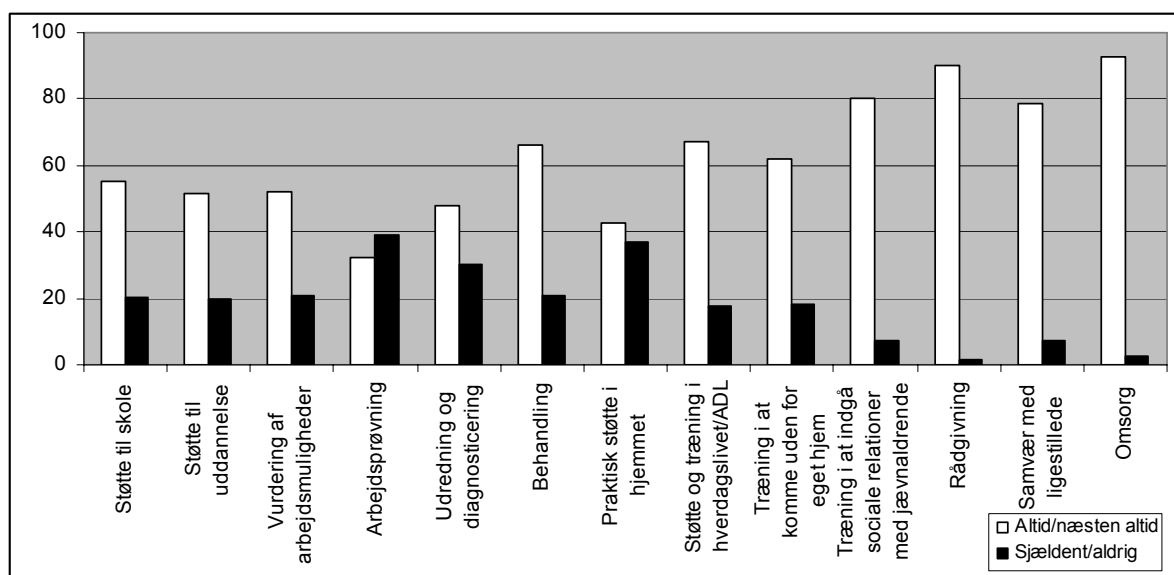
Hovedopgave, behandlingsformer og aktiviteter

Indtil nu har vi beskrevet indsatsen ved at se på, hvordan unge karakteriseres, og hvem der arbejdes med på de forskellige tilbud. I det følgende vil vi se på, hvordan tilbuddene er organiseret, og hvad indsatsen består af. Vi har bedt tilbuddene om at karakterisere deres hovedopgaver, behandlingsformer og aktiviteter.

Hovedopgave

Tilbuddene har forskellige opgaver afhængig af, hvilke typer af unge med psykosociale problemer de arbejder med. Ser vi på det samlede billede af hovedopgaver, der arbejdes med på de respektive steder, får vi følgende resultat:

Figur 21: Hovedopgaver på tilbuddene fordelt mellem altid/næsten altid og sjældent/aldrig i % af samtlige tilbud



Note: Kategorien ”af og til” er udeladt. Under hver kategori er sammentalt svarene fra stederne, som så er sat i forhold til det samlede antal svar inden for kategorien. N=1.039.

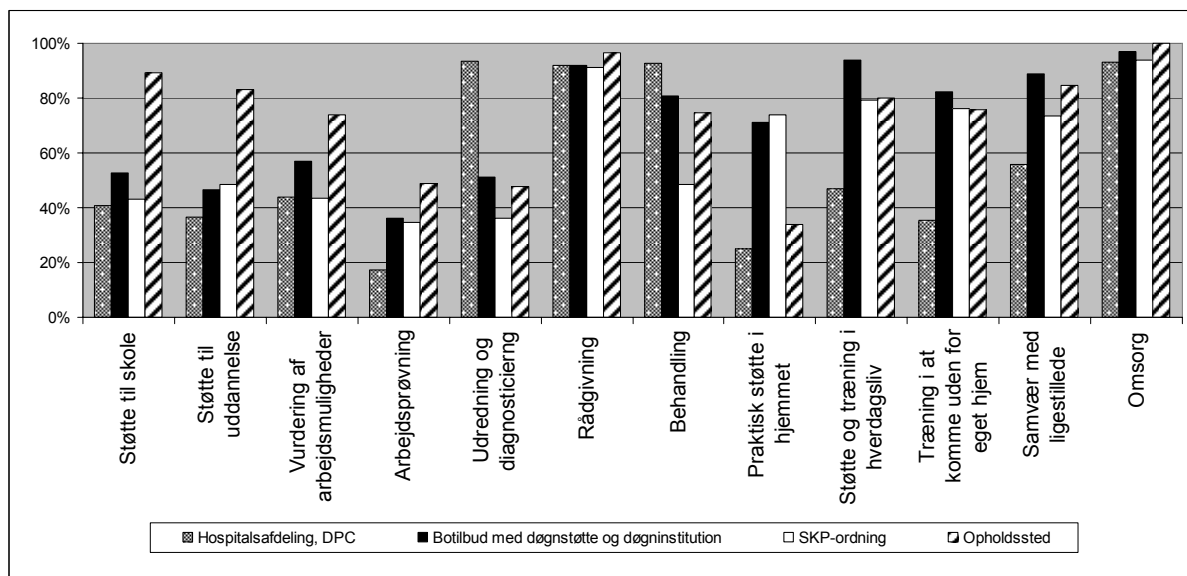
Næsten alle tilbud prioriterer omsorg og rådgivning højest. Det må tages som udtryk for, at de professionelle ser det som et vigtigt element i behandlingen af unges symptomer og problemer. Der arbejdes i stort omfang med samvær med ligestillede, støtte og træning i hverdagsliv og naturligvis med behandling. Tæt på halvdelen af stederne arbejder meget med uddannelse, mens kun et mindre antal steder arbejder med arbejdsprøvning. Det virker som et enten/eller, hvilket også gør sig gældende for udredning/diagnosticering og ikke mindst praktisk støtte i eget hjem, som er en kommunal hjemmeplejeydelse.

I forbindelse med omsorg adskiller dagbehandling sig fra de øvrige ved i betydeligt mindre omfang at yde omsorg. Opholdssteder samt bo- eller opgangsfællesskaber yder det i lidt

højere grad end de øvrige. Rådgivning ydes på samme høje niveau alle steder undtagen på aktivitets- og væresteder samt brugerforeninger og klubber.

Udelader vi omsorg og rådgivning, som alle tilbud arbejder meget med, og i stedet fokuserer på de fire mest omfattende behandlingstilbud, ser billedet således ud:

Figur 22: Hovedopgaver på hospitaler, botilbud med døgnstøtte, skp og opholdssted i % inden for hver gruppe



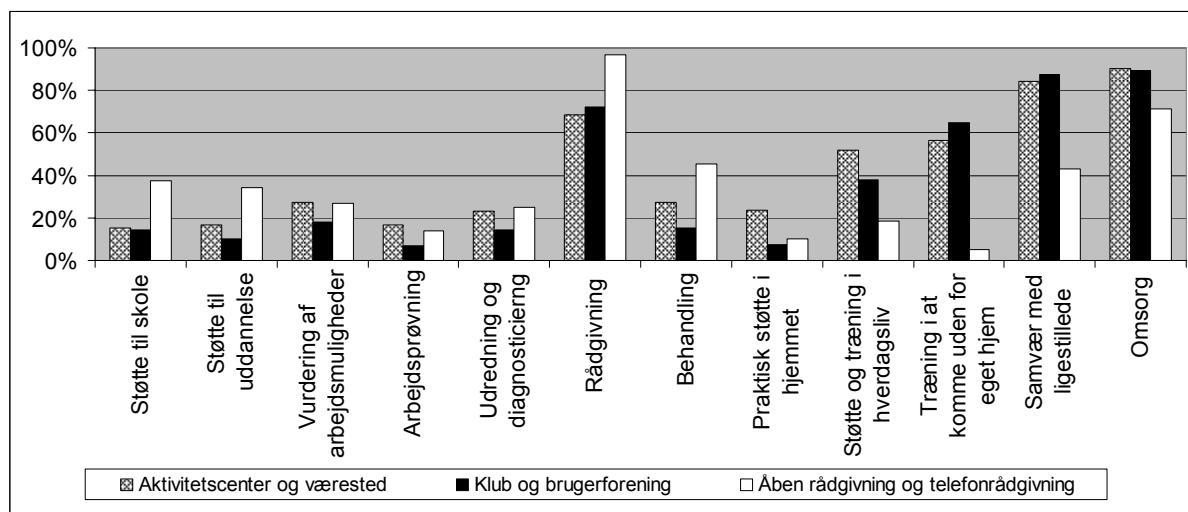
Note: Tilbuddene havde fem svarmuligheder. Her er medtaget summen af de som har svaret, at den pågældende hovedopgave udføres altid/næsten altid. Svarprocenten inden for hver enkelt svinger mellem 80 % og 97 % for hospitalsafdelinger/distriktspsykiatriske centre.

Hospitalsafdelinger, distriktspsykiatri, botilbud med døgnstøtte, skp'er og opholdssteder er de mest intensive behandlingstilbud. Omsorg og rådgivning er i top hos dem alle og allerhøjest hos opholdsstederne, der tager sig af yngre unge.

Behandling og udredning/diagnosticering ligger højt for hospitalerne m.v., hvilket næppe kan undre. På samme måde forekommer det nærliggende, at en væsentlig opgave i skp-ordningen er at arbejde med praktisk støtte i hjemmet og i lighed med botilbud arbejde med forskellige former for træning i det sociale liv, som hospitalerne kun i mindre omfang beskæftiger sig med.

Opholdsstederne skiller sig tydeligt ud fra de øvrige ved i betydeligt større omfang at betegne uddannelse, arbejdsprøvning m.m. som en hovedopgave. De er også optaget af træning i det sociale liv. Det ser således ud til, at opholdsstederne er mere bredspektrede og mindre specialiserede i deres indsats end de øvrige behandlingssteder.

Figur 23: Hovedopgaver på aktivitetscenter og værested, klub og brugerforening, samt åben rådgivning og telefonrådgivning i procent



Note: Tilbuddene havde fem svarmuligheder. Her er medtaget summen af de, som har svaret, at den pågældende hovedopgave udføres altid eller næsten altid. Svarprocenten inden for hver enkelt svinger mellem 49 % og 90 % for rådgivninger.

For aktivitetscentre, væresteder, brugerforeninger og klubber fremgår det klart, at der ikke arbejdes med uddannelse og arbejde. Det er næppe overraskende, at disse tilbud virker mindre behandlende end de øvrige, og derfor ligger lidt lavere på de fleste af disse områder. Omvendt ligger de højt på ”samvær med ligestillede”. Mange angiver, at de arbejder med træning i det sociale liv, men det er dog klart færre end på behandlingsstederne.

Når det handler om rådgivninger, dominerer selve det at yde rådgivning naturligvis, men også omsorg har stor prioritet. Dog markerer lidt under halvdelen af rådgivningerne (læs Studenterrådgivningen) desuden, at de yder behandling. For de mindre rådgivninger er samværet med ligestillede en vigtig opgave.

Når de væsentligste hovedopgaver for tilbuddene ses under ét, angives rådgivning og omsorg i større omfang end behandling. Det kan forstås på to måder. På den ene side opfattes både rådgivning og omsorg som forudsætning for at kunne behandle. Rådgivning skal til for, at brugeren kan forstå, hvorfor lige denne form for behandling og dette tilbud er relevant. Endelig kan rådgivning jo også ses som behandling, hvor brugeren bliver bevidst om, hvad han/hun selv skal og kan gøre – hvilket netop er vigtigt for brugere med sindslidelser og psykosociale problemer. Omsorg har så stor betydning, fordi det er nødvendigt at gøre brugerne trygge i behandling og tilbud. Begge dele bliver derved en forudsætning for de andre opgaver kan gennemføres.

På den anden side opfatter alle det, de gør, som et element af rådgivning og udøvelse af omsorg. Det er svært at svare nej til.

Det mest interessante fund er muligvis, at der er en mindre del af behandlingstilbuddene, som aldrig eller kun af/til udfører behandling:

Tabel 14: Behandlingstilbud fordelt på hovedopgaven behandling. Procent af besvarelser af hver type af tilbud

	Sjældent/aldrig	Af og til
Hospitaler	0	5 %
Distriktpsychiatrisk center	8 %	0
Botilbud med døgnstøtte	7 %	11 %
Bo- eller opgangsfællesskab	21 %	21 %
Skp	27 %	24 %
Opholdssted	8 %	18 %

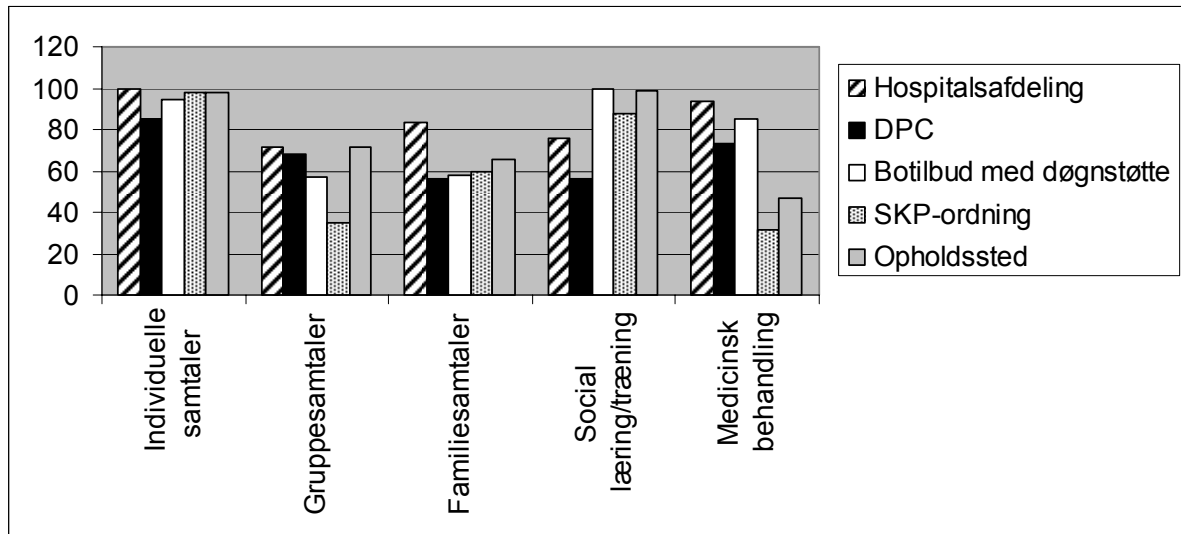
Det fremgår klart, at skp-ordningens hovedopgave ikke er behandling. Ligeledes er det tydeligt, at det kun i mindre omfang gælder for bo- eller opgangsfællesskab. Hvorvidt antallet for øvrige er mange eller få, er vanskeligere at vurdere og kræver flere oplysninger, end denne undersøgelse har mulighed for at give.

Behandlingsformer

Indsatsen kan ud over hovedopgaverne belyses ved at se på, hvilke behandlingsformer der anvendes. Vi har valgt at spørge til behandlingsformer ved at tage de overskrifter, der hyppigst indgår i beskrivelser af arbejdet med personer med psykosociale problemer. Det siger ikke noget om kvaliteten i den enkelte type af behandling. Til gengæld siger det noget om udbredelsen og om forskellen på tilbudstyperne.

I det følgende har vi ikke inddraget væresteder, aktivitetssteder, brugerforeninger og klubber, da de ikke har en egentlig behandlende opgave. Rådgivning kan være en blandingsform af oplysning og egentlig behandling. Vi har ikke medtaget de kvalificerende tilbud (skoletilbud og arbejdsprøvning), da de ikke forventes at bruge de behandlingsformer, der er spurgt ind til. Endvidere har vi udeladt døgninstitutioner, bo- eller opgangsfællesskaber og dagbehandling for overskuelighedens skyld, og fordi de udgør et relativt lille antal besvarelser. For de øvrige behandlende steder ser billedet således ud:

Figur 24: Behandlingsformer, som gennemføres samlet, fordelt på tilbud i procent inden for hver gruppe



Note: Opgørelsen er lavet ved at tage besvarelsene i hver kategori og sætte dem i forhold til alle respondenterne i hver kategori. Svarprocenterne i forhold til den samlede population er for hospitalsafdelinger (67=81 %), distriktspsykiatri (41=93 %), botilbud med døgnstøtte (170=80 %), skp'er (57=74 %) og opholdssteder (225=92 %).

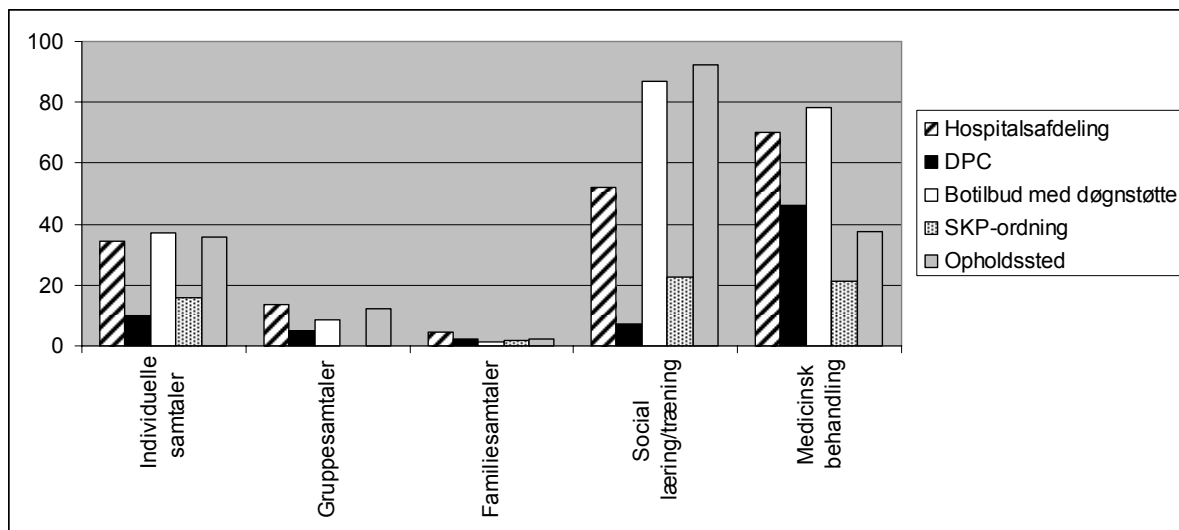
Figuren belyser nogle forsimplede typer af behandlinger, men siger ikke noget om indholdet af samtaler, social læring og medicinsk behandling.

I forhold til de individuelle samtaler er der ikke den store forskel, selv om distriktspsykiatrien har lidt færre samtaler end de øvrige. Gruppesamtaler er ikke så udbredt som de øvrige behandlingsformer, men er mest fraværende i skp-ordningen. Derimod forekommer familiesamtaler hyppigere og bruges mest på hospitaler og opholdssteder. Social læring/træning er mest udbredt på botilbud med døgnstøtte og på opholdssteder, hvilket stemmer overens med, at det er brugernes hjem, og at opholdsstederne arbejder med yngre unge. Medicinsk behandling er som forventet mest udbredt på hospitalsafdelinger, men er også vigtige elementer i distriktspsykiatrien og på botilbud med døgnstøtte. Det indgår kun i begrænset omfang for skp-ordninger og opholdsstederne.

Det er værd at bemærke, at 47 % af opholdsstederne angiver, at de anvender medicinsk behandling, hvilket dog kan dække over, at de blot sikrer, at unge indtager deres medicin. Samtidig tyder det på, at relativt mange af de yngre unge er tidligt medicinerede og har eller læner sig op af en psykiatrisk diagnose.

Vi har spurgt til hyppigheden af de respektive behandlingsformer, og for de former, der bruges hver dag, tegner der sig følgende billede:

Figur 25: Behandlingsformer, som gennemføres hver dag, fordelt på tilbud i procent inden for hver gruppe



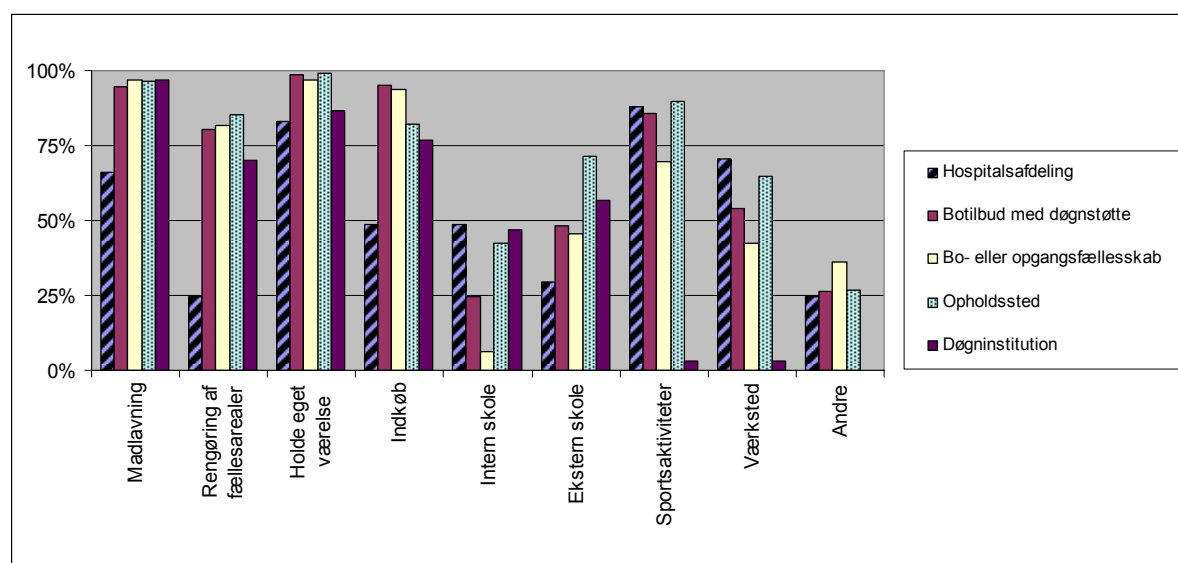
Figuren viser, at daglige individuelle samtaler især bruges på hospitalsafdelinger, i botilbud og på opholdssteder. De foregår i mindst omfang i distriktpsychiatrien, der grundlæggende er struktureret som et tidsbestillingstilbud, hvor brugere henvender sig med længere mellemrum.

Gruppesamtaler er sjældne som daglige fænomener, men findes dog på hospitalsafdelinger og opholdssteder. Social læring/træning indgår som daglig del af behandlingen på især botilbud og opholdssteder, men kun lidt i distriktpsychiatrien og skp-ordninger. Her indgår det dog i betydeligt flere tilfælde, når det ses på ugentlig basis. Endelig er den medicinske behandling som ventet dominerende på hospitalsafdelinger og i distriktpsychiatrien, men er også meget udbredt i botilbud med døgnstøtte. Det overraskende her er måske, at 38 % af opholdsstederne angiver, at de dagligt anvender medicinsk behandling.

Aktiviteter

En tredje måde at belyse indsatsen over for unge med psykosociale problemer på er at undersøge, hvilke aktiviteter de respektive steder tilbyder. Ser vi nærmere på **tilbud med døgnstøtte**, tegner der sig følgende billede:

Figur 26: Indendørs aktiviteter for tilbud med døgndekning



Note: Svarprocenter for de fem udvalgte døgn typer er: Hospitalsafdelinger 49 %, Botilbud med døgnstøtte 93 %, Bo- eller opgangsfællesskaber 60 %, Opholdssteder 97 % og Døgninstitution 94 %.

Der er klare forskelle på aktiviteter mellem de forskellige døgn tilbudstyper. Hospitalsafdelinger får normalt leveret mad til de indlagte, og det er derfor ikke en aktivitet i samme omfang som hos de øvrige. Det er ligeledes tilfældet, når det handler om rengøring og indkøb.

I forhold til skole er der relativt mange hospitaler (49 %), som har en intern skole, hvilket dog må læses med forsigtighed pga. den lave svarprocent. Tallene for skolen (intern og ekstern) viser, at opholdsstederne har skole som aktivitet stort set alle steder. Det er i mindre omfang tilfældet for de øvrige steder, hvilket skyldes, at de har ældre unge, hvor skole muligvis er mindre relevant.

Sportsaktiviteter ligger generelt på et højt niveau. Lidt overraskende angiver 88 % af hospitalsafdelingerne, at de har sportsaktiviteter. Det er dermed den aktivitet, der hyppigst er angivet. Det kan skyldes, at der i de senere år har været fokus på nytten af at dyrke sport, hvis man har det psykisk svært. Endvidere er en bivirkning af megen psykofarmaka, at brugere tager på i vægt, og det derfor er godt at motionere. Endelig kan sport være en relativt billig aktivitet.

Værksteder viser sig generelt at være mindre udbredt som aktivitet end de øvrige. De er mest udbredt på hospitalsafdelinger (71 %) og opholdssteder (65 %), og det er påfaldende så få døgninstitutioner, der har adgang til værkstedsfaciliteter.

Hvis billedet af hospitalsafdelingerne er dækkende, tyder det på, at de har mere omfattende aktivitetstilbud end mange måske forbinder med behandling af patienter. Samtidig bekræfter figuren, at døgn tilbud, opholdssteder m.v. i højere grad er optaget af den nære, almindelige dagligdag med mad, rengøring, boevne og skole end de øvrige typer.

Generelt gælder, at unge altid skal holde deres eget værelse, dog med undtagelse af hospitalerne. Det er der god mulighed for, da 97 % af døgn tilbuddene råder over enkeltværelser. Kun 9 tilbud råder over dobbeltværelser, og kun 1 tilbud har rum til flere personer. Nogle tilbud har tilføjet, at deres brugere kan råde over mere end et værelse, f.eks. egen lejlighed, at nogle brugere bor i bofællesskab, i lejet rækkehus og lign., og det angives som en forbedring i forhold til at råde over et enkeltværelse.

Døgntilbuddene har også en række udendørsaktiviteter:

Tabel 15: Udendørsaktiviteter i døgntilbud - procent af besvarelser for hver type

	Sports-aktiviteter	Dyrkning af jordbrug	Pasning af have	Pasning af dyr	Ekstern skole	Værksteder	Ture ud af huset	Aktiviteter uden for huset
Hospitalsafdelinger	85 %	10 %	22 %	0 %	27 %	34 %	90 %	71 %
Botilbud med døgnstøtte	81 %	22 %	64 %	24 %	51 %	51 %	98 %	95 %
Bo- eller opgangsfællesskab	70 %	21 %	55 %	12 %	48 %	48 %	97 %	100 %
Opholdssted	89 %	20 %	55 %	39 %	70 %	57 %	100 %	95 %
Døgninstitution	97 %	3 %	48 %	3 %	62 %	34 %	100 %	97 %

Note: Svarprocenter for de fem udvalgte døgntyper er: Hospitalsafdelinger 49 %, Botilbud med døgnstøtte 91 %, Bo- eller opgangsfællesskaber 60 %, Opholdssteder 97 % og Døgninstitution 91 %.

De aktiviteter, som hyppigst angives, er ture ud af huset, sport og aktiviteter uden for huset.

Døgninstitutionerne, som ikke har mange indendørs sportsaktiviteter, har i stedet mange udendørsaktiviteter (97 %), og 34 %, angiver, at de har værksteder. Det er med til at nuancere billedet i forhold til indendørsaktiviteter.

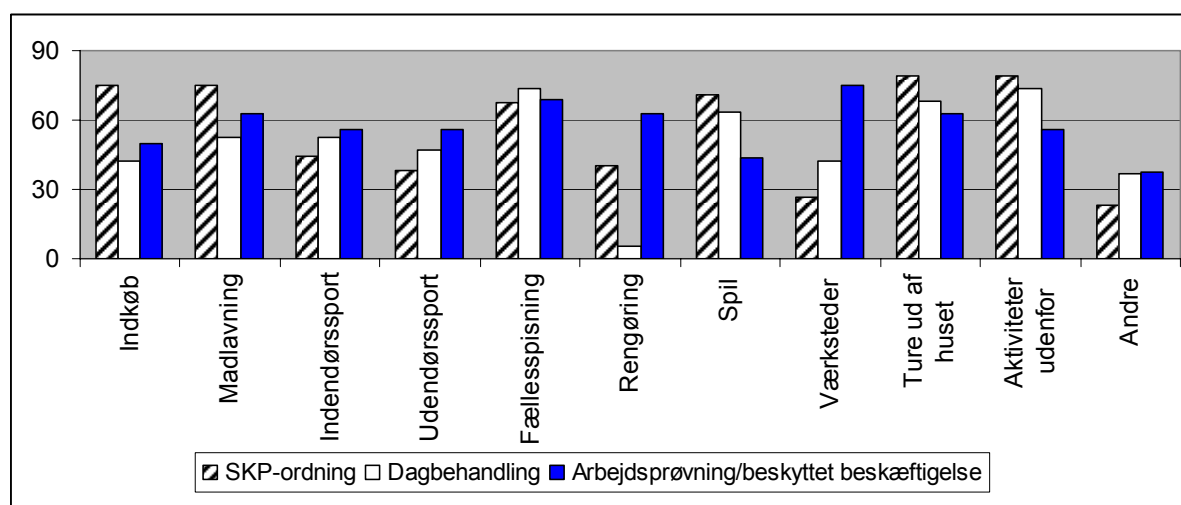
Lidt over halvdelen af tilbuddene oplyser pasning af have som en aktivitet - med undtagelse af hospitaler (22 %). Pasning af dyr er ikke udbredt, men gør sig dog gældende for opholdssteder (39 %) og botilbud med døgndækning (24 %).

Andre aktiviteter rummer en række eksempler fra knallertkørsel, socialt samvær med andre og mange fritidsundervisningskurser, som unge deltog i.

For døgntilbuddene er aktiviteten 'ture ud af huset' særdeles vigtig, og der er stort set ingen tilbud, som ikke gennemfører sådanne ture. Besvarelserne viser, at selvom man bor på en institution med andre i en lignende situation, så er dette samvær ikke nok i sig selv. Der foregår hele tiden et arbejde med de unges forhold til den omgivende verden.

Omfanget af **aktiviteter i dagtilbud** er mindre end i døgntilbud:

Figur 27. Aktiviteter på dagtilbud for skp-ordninger, dagbehandling og arbejdsprøvning i procent af besvarelser



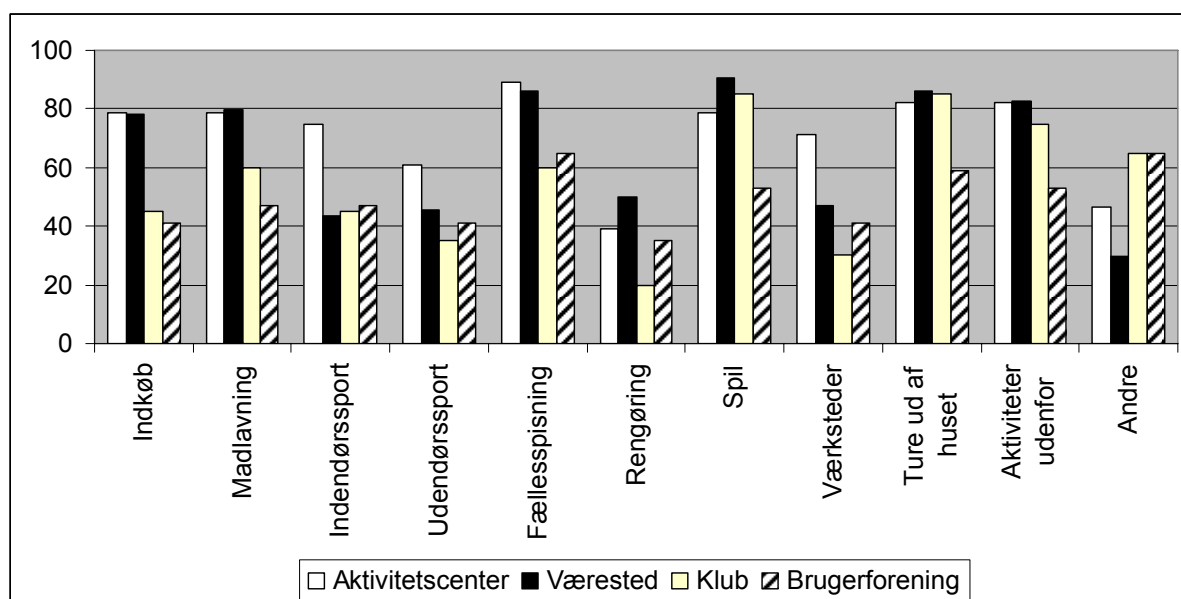
Note: Svarprocenten er for Skp-ordningen 68 %, for dagbehandling 36 % og for arbejdsprøvning 67 %. Det er for de to sidste små populationer. Kun 11 (25 %) distriktspsykiatriske centre havde svaret på spørgsmålet, og er derfor valgt fra.

Ser vi på sport under ét, udgør det en vigtig aktivitet i de tre typer af tilbud. Men i lighed med døgnområdet er det ture ud af huset og aktiviteter uden for huset, som har betydning. Det er dog også værd at lægge mærke til, at madlavning og fællesspisning fylder relativt meget.

Ser vi nærmere på skp-ordningen adskiller den sig ikke fra de andre dagtilbud. Der er tydelige ligheder med døgnområdets aktiviteter med madlavning og ønsket om at komme ud af huset. Aktiviteterne ligner hverdagens almindelige aktiviteter, hvilket næppe er overraskende. Derimod er det en smule overraskende, at der bliver spillet en del spil, og at sportsaktiviteterne fylder lidt mindre.

For aktivitetssteder, klubber, væresteder og brugerforeninger får vi følgende billede:

Figur 28: Aktiviteter på aktivitetssteder, klubber, væresteder, brugerforeninger tilsammen



Note: Svarprocent for aktivitetscenter er 88 %, for værested 91 %, for klub 87 % og for brugerforening 47 %.

Disse omsorgsprægede aktiviteter adskiller sig fra hinanden ved at aktivitetscentre og væresteder generelt ser ud til at have flere aktiviteter end klubber og brugerforeninger. Især omkring fællesspisning, indkøb og madlavning er der forskel. Sport er mest udbredt på aktivitetscentrene. Også her gælder for alle tilbudstyper, at ture ud af huset og udendørsaktiviteter er vigtige aktiviteter.

Når der ses samlet på aktiviteterne, er det tydeligt, at fællesoplevelser mellem den professionelle og brugeren eller mellem brugerne indbyrdes står centralt. Det handler om dagligdagsbegivenheder, som kan sammenfattes inden for en ramme af social læring eller træning. Hospitalsafdelingerne skiller sig ud ved at have mindre af disse aktiviteter, hvilket harmonerer fint med deres mere behandlende hovedopgave.

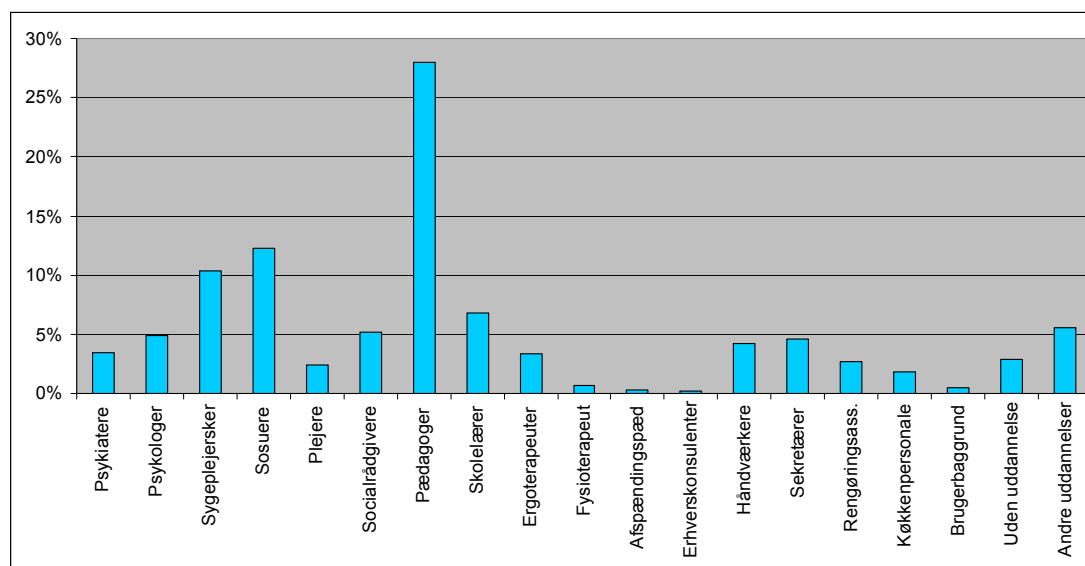
Det er næppe overraskende, at dagtilbud især tilbyder socialt samvær bl.a. som led i de omsorgsprægede aktiviteter. Skp-ordningerne har mange dagligdags- og omsorgsprægede aktiviteter og illustrerer i lighed med deres hovedopgaver, at de befinder sig i et krydsfelt mellem omsorg og behandling.

Personalets sammensætning

En fjerde og sidste måde at belyse, hvad indsatsen består i, er at se på personalets sammensætning, da det kan indikere, hvilken type behandling brugerne modtager. Området for unge med psykosociale problemer er organiseret i tilbud, der hører til i sundheds- og socialektoren, hvortil der umiddelbart hører en række professioner. Læger og sygeplejersker hører til i sundhedssektoren, og pædagoger, socialrådgivere og skolelærere hører til i socialektoren. Deres uddannelser og baggrund har betydning for, hvordan arbejdet tilrettelægges. I afsnittet om diagnoser blev det antydnet, at netop sundhedspersonalet og især lægerne har stor betydning for, hvordan indsatsen tilrettelægges.

Undersøgelsen viser, at der er mindst 10.302 medarbejdere ansat på tilbud, der arbejder med unge med psykosociale problemer. Når der skrives mindst, er det fordi, ikke alle tilbud har besvaret spørgsmålet, men laves en beregning for det samlede antal, fordeler de sig således på de forskellige personalekategorier:

Figur 29: Antal ansatte på alle tilbud, der arbejder med unge med sindslidelse, fordelt efter uddannelse i forhold til samtlige ansatte (beregnet)



Note: Figuren fremkommer ved at tage besvarelser for hver type og opjustere det manglende antal ud fra et gennemsnit pr. tilbud inden for hver type. De faktiske besvarelser er på 978 tilbud. Opjusteret bliver det samlede personale på 13.579 medarbejdere.

Af figuren fremgår det, at den mest udbredte faggruppe er pædagoger med 3.598 medarbejdere. Billedet bør dog modificeres, da en række pædagogiske tilbud som opholdssteder og døgninstitutioner sandsynligvis også arbejder med unge med andre problemer end psykosociale. De kommer derfor til at fylde uforholdsmæssigt meget i ovenstående figur. Tages disse institutionstyper ud, hvad de kun delvist bør, udgør pædagoger dog stadig klart den største faggruppe. Den anden store faggruppe på området er social- og sundhedsassistenter (sosu'er) med 1.579 personer, og dernæst følger sygeplejersker med 1.327 personer.

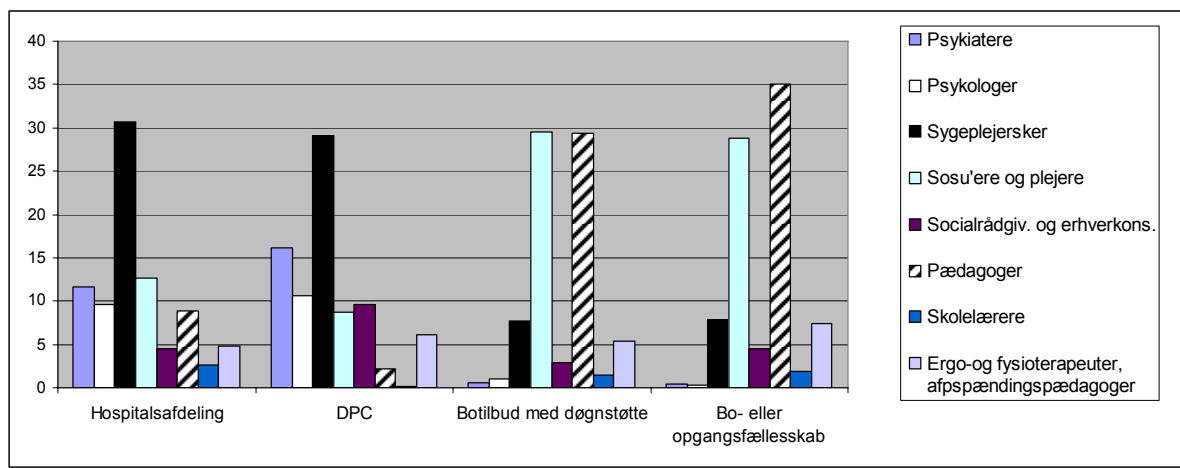
Inddeles grupperne i to hovedgrupper: En for sundhedspersonale (psykiatere, sygeplejersker, sosu'er, plejere og terapeuter) og en for socialt personale (socialrådgivere, pædagoger, skolelærere, erhvervs konsulenter) fordeler de sig med henholdsvis 32 % sundhedspersonale og 40 % socialt personale samt 27 % til andre faggrupper (f.eks. håndværkere, rengøring, sekretærer, uuddannede m.v.). Det er således et område, hvor personalet primært er socialt uddannede, og som sådan kunne det antages, at sociale begreber og kategorier var dominerende i arbejdet. Det er dog næppe tilfældet, da området, som tidligere påpeget, er præget af medicinske diagnosekategorier. Dertil kommer, at psykiatere suppleret af specialiserede sygeplejersker er den gruppe med de længste uddannelser, og at de er relativt bevidste om at påtage sig lederrollerne på området.⁹

⁹ Det hedder således i årsberetningen fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark i 2004: "På grund af en fortsat lang ventetid til undersøgelse og behandling er vi presset udefra. Politisk på grund af ventetiden, fra andre faggrupper pga. disses interesse m.m. for vores patienter, så hvis vi fortsat vil give vores patienter den faglige ydelse, vi synes, er den rigtige, må vi påtage os både de behandlende, de ledelsesmæssige og de fagpolitiske opgaver." (s.51)

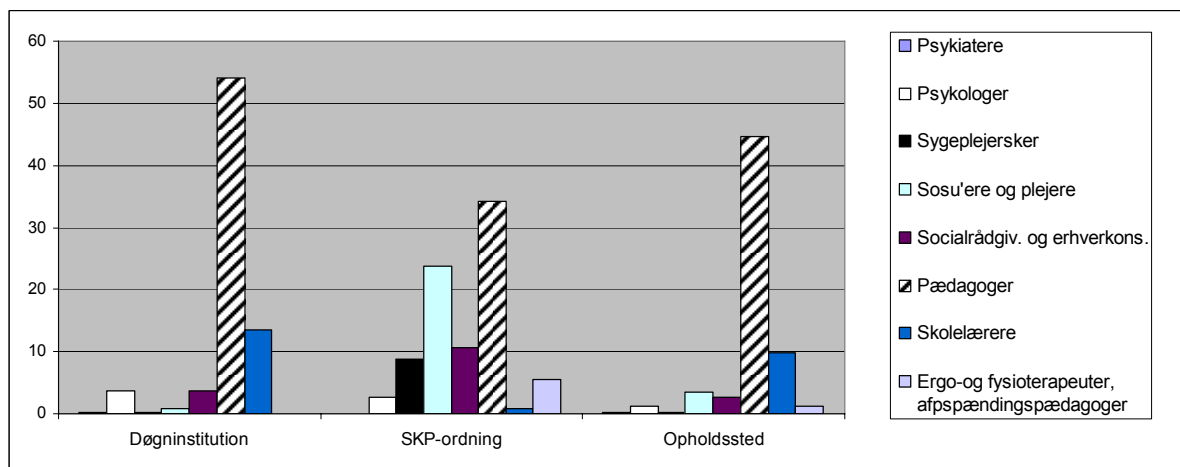
Fokuserer vi på fordelingen af personalet inden for behandlingen af unge med psykosociale problemer, er personalet tydeligvis grupperet forskelligt:

Figur 30: Behandlingspersonalet inden for institutionstyper procentfordelt

A. Hospitalsafdelinger, distriktskykiatrisk center, botilbud med døgnstøtte og bo- eller opgangsfællesskab.



B Døgninstitution, skp-ordning og opholdssted



Det fremgår tydeligt, at sygehuse og distriktskykiatriske centre er prægede af sundhedspersonale men også, at det sociale personale udgør en væsentlig del.

For botilbud med døgnstøtte er fordelingen næsten ligelig med en meget stor gruppe af sundhedspersonale som sosu'er, der er de mindst specialiserede og uddannede i personalegruppen. Det kan måske være lidt overraskende, at social- og sundhedsuddannede udgør så stor en procentdel af botilbud og bo- eller opgangsfællesskab, da disse tilbudstyper hører til i socialektoren. Samtidig adskiller tallene sig fra en tidligere undersøgelse (Guldbrandsen, 2001), hvor pædagogerne kun udgjorde 14 % af personalet, hvilket dog kan

skyldes forskel i opgørelsesmetoden.¹⁰ Er der er tale om en forandring, er der imidlertid en meget klar tendens til, at botilbud i stigende omfang præges af et pædagogisk personale, men det er som nævnt et usikkert sammenligningsgrundlag.

I figur B er det tydeligvis det sociale personale, som dominerer, bortset fra de mange sosu'ere, der fungerer som skp'er. For opholdsstederne og døgninstitutionerne er dominansen af det socialt uddannede personale næppe overraskende, da deres brugere er yngre unge, og der ofte er tale om en uafklaret tilstand i forhold til sundhedsvæsnets diagnoser.

Anvendelse af konsulenter

68 % af tilbuddene anvender eksterne konsulenter i arbejdet. De mest anvendte konsulenter er psykologer, som 43 % af tilbuddene anvender, og dernæst kommer psykiatere, som anvendes 340 steder (36 %).

Anvendelsen af psykiatere påkalder sig en vis opmærksomhed, da Sundhedsstyrelsen anfører (f.eks. 2006:30), at det kan være med til at mindske presset på det psykiatriske speciale. Det er først og fremmest udbredt blandt botilbud, hvor 55 % bruger psykiatriske konsulenter, hvilket hænger sammen med, at mange af beboerne har en psykiatrisk diagnose. Dog bidrager det næppe til at mindske presset på sygehusene. 29 % af opholdsstederne med yngre unge benytter psykiatere som konsulenter. Hvorvidt det er mange eller få, og hvorvidt det mindsker presset, kan ikke vurderes her. Det er dog ikke sikkert, at anvendelsen af psykiatrikonsulenter i det hele taget mindsker presset på sygehusene, da de kan være med til at opdage flere unge med psykosociale problemer, og dermed føre til, at flere henvender sig på sygehusene.

Anvendelse af frivillige

Kun 112 tilbud (9 %) angiver, at de bruger frivillige i arbejdet. Det anslås, at det samlet drejer sig om ca. 850 frivillige, der bl.a. fordeler sig på væresteder (23 %), rådgivninger (23 %), brugerforeninger (20 %) og opholdssteder (7 %).

¹⁰ I Gulbrandsen (2001) er kommuner og amter blevet anmodet om at opgøre personalet på tilbuddene, og ikke som her stederne selv. Endvidere er det heller ikke alle amter og kommuner, der deltager i undersøgelsen, hvor der i denne undersøgelse er tale om en meget høj svarprocent for denne tilbudstype.

Indsatsens afslutning

Behandling finder ikke altid sin afslutning, det gør derimod indlæggelser og ophold på opholdssteder og bosteder m.v. I nogle tilfælde, fordi tilbuddene alene retter sig mod de yngre unge eller mod unge med særlige typer af problemer, som de pågældende tilbud har en særlig indsigt i at behandle. I andre tilfælde overgår den unge til andre aktiviteter, når vedkommende får det bedre, bliver rask og ønsker at komme i gang med det almindelige ungdomsliv igen, eller modsat får det værre og vender tilbage til tidligere former for behandlingstilbud.

I alle tilfælde er udslusning og afslutning af en indsats noget, der møder unge med psykosociale problemer. I nogle tilfælde kan ophøret være forbundet med grænser af juridisk og administrativ karakter, der kan sætte sig igennem, uanset hvordan de unge har det, og det kan ske eksplicit eller uden, at der tænkes videre over det. Undersøgelsen har set på de afgrænsninger og regler, som tilbuddene giver som begrundelse for at afslutte behandling og indsats. Undersøgelsen ser ikke på afslutningen med udgangspunkt i de unges oplevelser, men henviser her til den tidligere undersøgelse af unge med en skizofrenidiagnose (Nikolajsen, 2004).

Juridiske og administrative grænser for opholdet

En vigtig afgrænsning i lovgivningen i forhold til unge med psykosociale problemer er de unges alder. En række tilbud er rettet mod børn, som primært bliver betragtet som voksne, efter de er fyldt 18 år. 23 % af tilbuddene angiver, at opholdstiden er betinget af 18-årsgrænsen. Det er på behandlingssiden opholdssteder (48 %), døgninstitutioner (35 %) og botilbud (26 %), hvor lovgrænsen har betydning. I forhold til de kvalificerende tilbud har grænsen betydning for skoletilbud (50 %) og specialskole for børn (45 %).

Selv om lovgivningen ikke betinger udskrivningen på de fleste hospitalsafdelinger, er der dog 17 %, som arbejder med en sådan grænse.

Der er imidlertid sjældent tale om en automatisk udskrivning. Det oplyses, at kun i 14 % af tilfældene udskrives børnene automatisk, når de bliver 18 år, og det sker stort set kun for skoletilbuddene.

Den anden lovgivningsgrænse opstår, når de unge fylder 23 år, som er det længste paragrafferne om bistand til børn med behov for særlig støtte kan vare. Her svarer 16 %, at de udskrives de unge.

Ud over grænser i lovgivningen kan der være en række administrative grænser for, hvor lang tid en ung sindslidende kan anvende et tilbud. 23 % angiver, at et tilbud kun kan benyttes i en bestemt periode, hvorefter den unge visiteres videre eller ud af tilbuddet. Det gælder i højere grad for skoletilbud og uddannelsesstilbud i forhold til de øvrige tilbud og i mindre grad skp-ordninger, distriktpsykiatri, væresteder, brugerforeninger, dagbehandling og arbejdsprøvning.

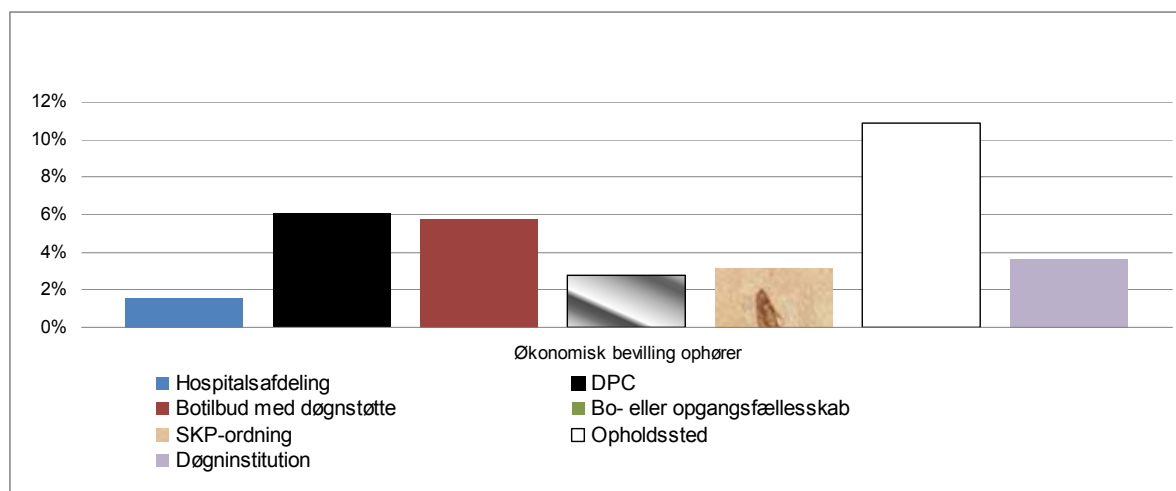
Hvad angår de, som angiver, at der er en administrativ grænse for opholdets længde, har de kun i halvdelen af tilfældene angivet en tidsgrænse. Her er de dominerende grænser på mere end 2 år. Den anden halvdel angiver forskellige begrundelser for at afslutte forløbet:

Aldersgrænser for, hvornår unge skal forlade et tilbud, en specifik vurdering af den enkelte

bruger, at der kun ydes x antal konsultationer, at et skoleforløb afsluttes, at et videre forløb ikke længere fremmer en udvikling og. lign.

Kun 20 % oplyser, at årsagen til afslutning er, at tiden er brugt op. Her er det igen de fleste skoletilbud og desuden 30 % af opholdsstederne, der angiver tiden som en faktor. En administrativ grænse, som man kunne forvente ville gøre sig gældende, er, at de unge afslutter tilbuddet, fordi den økonomiske bevilling ophører:

Figur 31: Årsag til afslutning af behandling - næsten/næsten altid, fordi den økonomiske bevilling ophører



Note: Svarprocenten for de respektive tilbud varierer fra 65 % for bo- eller opgangsfællesskaber til 87 % for opholdsstederne.

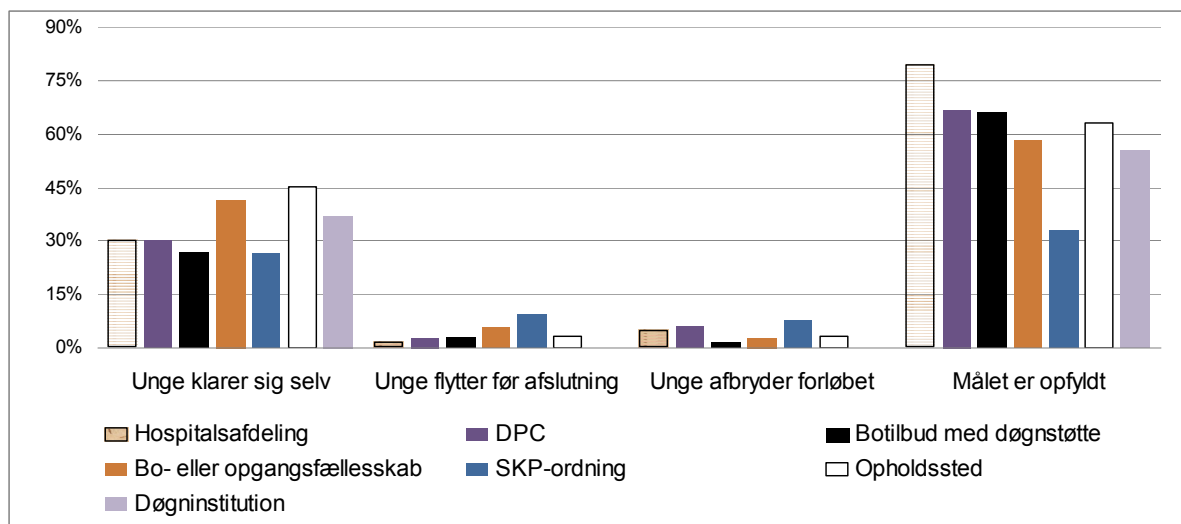
Tallene indikerer, at den økonomiske bevilling ikke har stor betydning. Kun 8 % af behandlingstilbuddene angiver, at økonomien altid/næsten altid har betydning og 54 %, at den aldrig har betydning for afslutning af opholdet. Der er en vis forskel på tilbuddene, da økonomien har større betydning for de sociale institutionstilbud. Den spiller tydeligvis en større rolle for opholdssteder, men også botilbud med døgnstøtte og døgninstitutioner forholder sig mere til økonomien, når det medtages, at de i langt mindre omfang end de øvrige tilbudstyper svarer, at økonomien aldrig har betydning.

Samlet set tyder undersøgelsen på, at der kun på få områder er lovmæssige, administrative og økonomiske begrænsninger på tilbud, og at afslutningen tilrettelægges ud fra overvejelser om, hvad der er bedst for den enkelte unge. Det er ikke et billede, som kan genfindes i ungeundersøgelsen (Nikolajsen, 2004), hvor en række unge beretter om grænsen ved 18 år, og at det kan være svært at få bevilling til f.eks. psykologbehandling. Måske er undersøgelsen derfor præget af, at respondenterne er tilbuddene selv, og at de opfatter billedet mere ideelt, end det er. Det er også muligt, at en række overvejelser om f.eks. ventetider, hvorvidt det kan betale sig at fortsætte en hospitalsindlæggelse, lave ambulante behandlinger eller udskrive til kommunale foranstaltninger, har betydning, men ikke er klare og eksplicitte beslutningskriterier. Det vil kræve en mere dybdegående undersøgelse end den foreliggende af få præcis viden om denne praksis.

Andre årsager til ophør

Når unge forlader et behandlingstilbud kan årsagerne være, at deres situation ændrer sig. Tager vi udgangspunkt i unges situation, fremkommer følgende billede:

Figur 32: Årsager til unge altid/næsten altid udskrives – unges situation i procent af svar inden for hver tilbudstype med behandling



Note: se note til forrige figur

Spørgsmålet om årsager til unges afslutning er indkredset på fire måder. For det første har vi spurgt, om den unge kan klare sig selv, hvor 37 % af behandlingstilbuddene svarer, at det altid/næsten altid er tilfældet. 22 % svarer sjældent eller aldrig på spørgsmålet, og 41 % svarer ”af og til”. Det indikerer, at der er stor forskel på, om de unge kan klare sig selv, når behandlingen/opholdet ophører, og for en relativ stor gruppe er det ikke tilfældet.

Der er forskel på de respektive tilbud. Opholdsstederne er mest overbeviste om, at de unge kan klare sig efter opholdet. Mange bo- eller opgangsfællesskaber angiver, at de unge kan klare sig (43 %), men har et polariseret svar, hvor 28 % angiver, at de unge ikke kan. Hospitalsafdelinger og distriktspsykiatriske centre angiver i over halvdelen af tilfældene, at det ”af og til” er tilfældet, at unge klarer sig, og 11 %, forventer, at de ikke kan klare sig. Botilbud med døgnstøtte og skp-ordninger angiver i færrest tilfælde, at de unge kan klare sig, og 32 % af botilbuddene angiver, at de ikke kan klare sig ved afslutningen af opholdet.

De forskellige opfattelser af, om unge kan klare sig, kan skyldes, at de efter behandling skal et nyt sted hen til fortsat behandling, inden de begynder at kunne klare sig selv. Det indikerer, at det er nødvendigt at sikre en god overlevering fra det ene sted til det næste. Eller som det ofte er understreget, at det er vigtigt at koordinere indsatsen mellem de forskellige typer af tilbud evt. på tværs af sektorerne.

For det andet har vi spurgt til, om årsagen til afslutningen er, at de unge flytter, før de er færdigbehandlede. Relativt få behandlingssteder angiver det som årsag. 54 % af behandlingsstederne oplyser, at flytning aldrig/sjældent er årsag til afslutning og 41 %, at det af og til er tilfældet. Det er kun skp-ordningen, som adskiller sig ved en lidt større angivelse af flytning som årsag til ophør.

For det tredje kan tilbud ophøre, fordi de unge selv afbryder forløbet. Kun 4 % af behandlingstilbuddene angiver, at det altid/altid er tilfældet, og 61 % af tilfældene, at det sker sjældent/aldrig. Det lader således ikke til at være en udbredt årsag til at forløbene afsluttes. Der er ikke stor forskel på tilbuddene, selv om skp-ordningen og distriktspsykiatriske centre angiver en lidt større hyppighed af unge, som selv vælger at afbryde behandlingen.

For det fjerde kan tilbud ophøre, når målet for behandlingen er opnået. Det oplyser 63 % af behandlingstilbuddene altid/næsten altid er tilfældet, og 11 % sjældent/aldrig er tilfældet. Langt den største gruppe er således overbeviste om, at målet er nået, når de unge afslutter behandlingen.

Der er her en klar forskel på hospitalsafdelingerne og skp-ordningerne. På hospitalsafdelingerne angiver 83 %, at formålet er lykkedes, mod kun 37 % af skp-ordningerne. Det er ikke overraskende, da hospitalsafdelingernes behandlingsforløb retter sig mod at forbedre brugernes helbred, altså skabe forandringer, hvorimod skp'ernes arbejde i højere grad er at drage omsorg for brugeren i hverdagen uden, at det nødvendigvis i alle tilfælde fører til forandring af brugerens tilstand og evne til at klare sig.

De forskellige måder at belyse årsager til ophør på peger i retning af, at målet med behandlingen i de fleste tilfælde bliver opnået. Det kan virke overraskende, at 37 % angiver, at det ikke er tilfældet. Måske hænger det sammen med, at der ikke er lavet klare mål for indsatsen eller, at de unge har behov for en bredspektret indsats, hvor mere end ét tilbud er i spil samtidig jf. Nikolajsen (2004).

Systematisk viden om virkninger

Undersøgelsen belyser, hvorvidt tilbuddene via systematisk statistik og evalueringer opnår de ønskede effekter. Hensigten er at indkredse, hvilket vidensgrundlag de forskellige typer af tilbud baserer deres arbejde og mulige samarbejde på, og om nogle tilbud er mere systematiske og "videnstunge" i forhold til deres daglige praksis end andre.

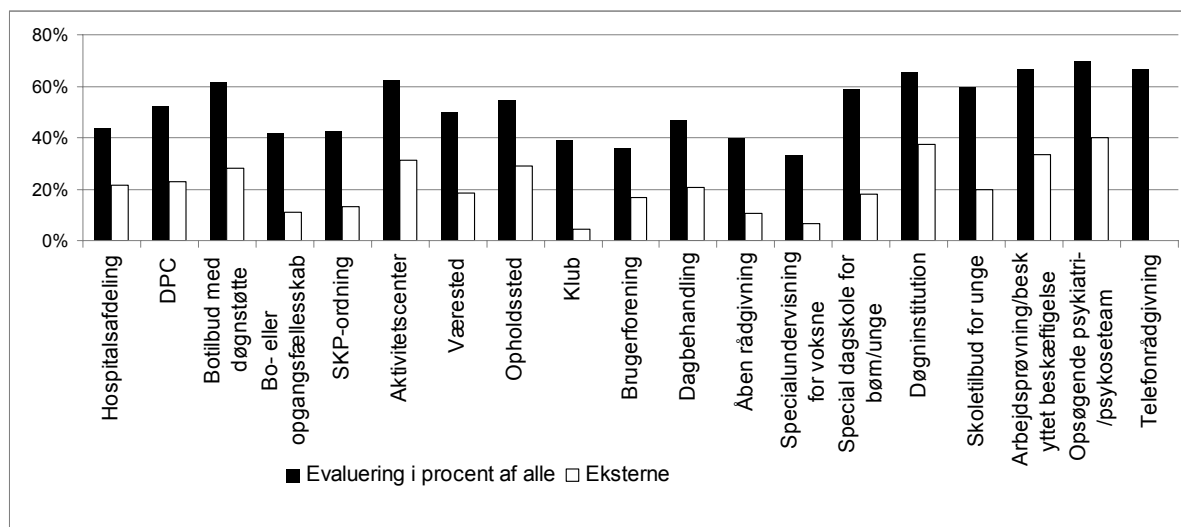
26 % oplyser, at de systematisk indsamler statistik over årsager til ophør og afslutning. Det er der 69 %, der ikke gør, og blot 15 % af sådanne statistikker er offentligt tilgængelige.

Ser vi udelukkende på behandlingsstederne (hospitalsafdelinger (47 %), distriktspsykiatriske centre (23 %), botilbud (22 %), skp-ordninger (31 %), bo- eller opgangsfællesskaber (27 %), opholdssteder (20 %) og døgninstitutioner (19 %)) er der stor forskel. Selv om det hyppigst er hospitalsafdelingerne, som fører statistik, er det stadig mindre end halvdelen.

Det må konstateres, at der kun for et fåtal af tilbuddene er indikation på, at der systematisk arbejdes med måling og dermed viden om betydning og effekt af tilbuddets indsats.

I nogle tilfælde kan viden om et tilbuds effekt og betydning indhentes ved at gennemføre evalueringer:

Figur 33: Evalueringer af tilbud i procent af alle inden for hver tilbudstype



N=1.035

Samlet set oplyser 623 tilbud, svarende til 60 %, at de har gennemført en evaluering. 34 % angiver, at de har gennemført en intern evaluering, 11 % har gennemført eksterne evalueringer og 15 % har gennemført både interne og eksterne evalueringer.

Der er stor forskel på, hvilke tilbud der laver evalueringer. Hvad angår behandlingstilbuddene, er det botilbud med døgntøtte og opholdssteder, der gennemfører evalueringer, hvor halvdelen af opholdsstederne får det udført af eksterne parter. Sygehusafdelinger og distriktspsykiatriske centre gennemfører i mindre omfang evalueringer af deres arbejde, og her gennemføres lidt flere interne end eksterne evalueringer.

Det kan diskuteres, hvorvidt der er tale om mange eller få evalueringer, der gennemføres. Hvis der ved evalueringer forstås mere omfattende og grundige rapporter om indsatsen, sker det i relativt få tilfælde. Flere har angivet, at de opfatter ugentlige møder, gruppemøder, osv. som evalueringer, og udtrykker dermed, at der arbejdes reflekteret i den daglige praksis. Men det kan næppe siges at være grundige analyser af effekt og resultat og er næppe udtryk for, hvad de fleste forbinder med begrebet evaluering.

Indsnævrer vi fokus til de relativt få eksterne evalueringer (ca. 250), er der angivet 18 evalueringer fra før 2000. 74 tilbud oplyser, at der evalueres løbende eller årligt. Inden for de sidste fem år har 126 tilbud angivet, at de har fået udført eksterne evalueringer, og hertil kommer fire evalueringer i form af tilsynsbesøg. Det giver i alt 24 %, som har udført en ekstern evaluering inden for de sidste fem år.

En indikation på en evalueringens betydning er, at den er offentligt tilgængelig. Det gælder for 25 % af de interne evalueringer og 41 % af de eksterne. Generelt tyder billedet på, at der foretages interne evalueringer, ofte som en del af den almindelige brugerorienterede praksis. Imidlertid er der relativt få eksterne evalueringer, og disse er kun offentligt tilgængelige i begrænset omfang.

Området som helhed kan ikke siges at samle viden ind om indsatsens betydning og effekt. Der er kun et meget tyndt, formaliseret, videnskabsmæssigt grundlag for arbejdet. Selv om der er en vis forskel mellem de forskellige tilbuds indhentning af viden, gælder det for alle typer af tilbud, at der savnes et systematisk og vidensbaseret grundlag for den praksis, som møder unge med psykosociale problemer.

Sammenfatning og konklusion

I indledningen refererede vi kort tre vigtige konklusioner fra Folketingets og Sundhedsstyrelsens redegørelser om den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed. Det var for det første, at indsatsen over for børn med behov for specialiseret psykiatrisk behandling skulle udbygges. For det andet skulle sammenhængen mellem den sundhedsmæssige og sociale indsats forbedres, og for det tredje skulle det undgås, at unge blev behandlet sammen med voksne sindslidende.

Denne undersøgelse kan ikke sige noget om behovet for psykiatrisk indsats. Undersøgelsen tyder dog på, at når behovet for den specialiserede indsats er steget, er der stor sandsynlighed for, at behovet for den sociale indsats også vil stige. Det er ikke muligt for nuværende at sige noget om, hvorvidt indsatsen på det sociale område er tilstrækkelig. Men hvis antallet af børn og unge, som tages ind i den specialiserede behandling på sygehusene, fortsat stiger, er det indlysende, at behovet for såvel opholdssteder, botilbud, omsorgsaktiviteter og kvalificerende aktiviteter rettet direkte mod unge også vil stige.

Det virker indlysende at koordinere den sociale og sundhedsmæssige indsats. Sundhedsstyrelsens redegørelser omhandler stort set kun udviklingen i sundhedsvæsnet og betoner udbygningen af den specielle børne- og ungdomspsykiatriske indsats. Tallene i denne undersøgelse peger på, at den sociale indsats er mere omfattende end den specialiserede psykiatriske indsats. Ser vi på det antal steder, der arbejder med unge med psykosociale problemer, udgør hospitalsafdelinger og distriktspsykiatriske centre 13 %, botilbud med døgndækning 26 % og opholdssteder 24 %. I forhold til oplysninger om antallet af brugere for de respektive steder modificeres billedet, men stadigvæk er de fleste unge placeret i sociale tilbud. Det sociale islæt bliver endnu tydeligere, når det medtages, at den dominerende medarbejdergruppe på området er pædagoger, og det socialt uddannede personale udgør 40 % af medarbejderne over for 32 % med en sundhedsuddannelse.

En vigtig forklaring på, at den sociale indsats i denne undersøgelse fremstår så omfattende, kan være, at den anvender begrebet ”unge med psykosociale problemer” om målgruppen. Det er et bredere begreb end diagnosebegrebet, som er udgangspunkt for den specialiserede psykiatriske indsats. Det bredere begreb har givetvis primært betydning for opholdsstederne, som i mindre omfang end de øvrige tilbud arbejder med diagnosebegreber, bl.a. fordi deres brugere er yngre unge, hvor diagnosticeringen er vanskelig og problematikkerne mere uafklarede.

Vi kan imidlertid konstatere, at selv om der er forskel på en medicinsk og social indsats, så er den sociale indsats i høj grad påvirket af de medicinske begreber. Diagnoser spiller en stor rolle for alle, og mange af de unge – også på opholdsstederne - modtager medicinsk behandling. Det er svært at sige noget om betydningen af denne dominans, eller hvorvidt de behandlingsplaner som formuleres i sundhedsvæsnet inddrages, suppleres eller kvalificeres af den sociale indsats. Der er dog fra andre undersøgelser eksempler på, at det for nogle unge kan være et problem at skulle defineres som sindslidende i sundhedsvæsnets forstand for at kunne modtage social bistand til bl.a. at klare sig som rask eller person på vej til at leve med en sindslidelse (recovered) (Nikolajsen, 2004, Jensen, 2006).

Undersøgelsen viser, at der indgår socialt arbejde i den specialiserede, medicinske indsats. De specialiserede afdelinger angiver i lighed med de øvrige tilbud, at rådgivning og omsorg er meget vigtige elementer i deres arbejde. Det er også tydeligt, at mange medarbejdere med en social uddannelse indgår i disse afdelingers arbejde. Men hvordan det sociale arbejde indgår, og hvilken betydning det har for brugerne, kan undersøgelsen ikke belyse.

Den sociale indsats omkredser ikke altid, men dog ofte den medicinske indsats med tilbud før og efter behandlingen.

Før unge får en diagnose, og før de modtager en specialiseret behandling, er der mange, som modtager en social indsats. Det kan være i den forebyggende side, hvor Pædagogisk Psykologiske Rådgivninger (PPR) spiller en stor rolle, og det kan være tilbud i form af opholdssteder og en række af de kvalificerende tilbud og rådgivninger.

Tilbuddene til yngre unge ser ud til at være kønsopdelt. Drengene udgør 52 % af de yngre unge, og der benyttes primært opholdssteder som tilbud. Det tyder på, at drengenes adfærd giver anledning til reaktioner fra de sociale myndigheder med efterfølgende anbringelser. Hvorvidt indsatsen har effekt i form af, at drengene vender tilbage til en almindelig tilværelse, kan ikke ses i denne undersøgelse, men den omfattende brug af medicinsk behandling kan være en forsigtig indikation på, at mange er og fortsat vil være i kontakt med den specialiserede psykiatriske indsats.

De yngre pigers brug af tilbuddene virker mere individualiserede, da de i mindre omfang opdages, og derfor ikke i samme udstrækning har lejlighed til at benytte de sociale tilbud. Det ser ud til, at de i mindre grad end drengene er genstand for de sociale myndigheders arbejde. I stedet søger pigerne rådgivningerne og har i større grad kontakt med den specialiserede psykiatriske behandling sandsynligvis formidlet gennem den praktiserende læge.

Efter den psykiatriske behandling og i takt med, at de unge bliver ældre, er det væsentligste sociale behandlingstilbud ophold på botilbud med døgndækning. Undersøgelsen peger på, at botilbuddene er en vigtig aftager af brugere fra den specialiserede indsats. Det er derfor nærliggende at se, at der er et stigende behov for botilbud afledt af aktivitetsstigninger i den specialiserede behandling, hvilket bl.a. indikeres af, at det er den type tilbud, hvor flest venter på plads, og hvor de venter i længst tid.

Det tredje mål for Sundhedsstyrelsen var at sikre, at unge blev indlagt på afdelinger med andre unge, og dermed især undgik at blive behandlet sammen med voksne sindslidende. Undersøgelsen bekræfter billedet af, at det kun for godt en tredjedel af de unge lykkes at blive indlagt på sådanne afdelinger. Undersøgelsen supplerer imidlertid billedet ved at pege på, at der heller ikke er tale om rene ungdomstilbud for flere af de øvrige tilbud. Der er således 70 % af botilbuddene, der angiver, at de også tilbyder pladser til ældre brugere, hvilket er en betydelig større andel end hospitalsafdelingerne. Hvorvidt det er godt eller skidt kan kun belyses af yderligere undersøgelser.

Sundhedsstyrelsens tre problemstillinger har været diskuteret i det seneste tiår og været genstand for en række politiske initiativer, hvis effekt - bortset fra indsatsen på det specialiserede område - forekommer underbelyst. Denne undersøgelse giver en vis indsigt i det samlede område, og bidrager dermed især med viden om den sociale indsats. Den kan sammenfattes i følgende punkter:

- Der er mange typer af tilbud. Der er flest tilbud som opholdssteder, hospitalsafdelinger og botilbud samt skp-ordninger. Rådgivninger har det største antal brugere fordelt over hele landet.
- Det største antal brugere af behandlingstilbud opholder sig på hospitalsafdelinger (28 %), opholdssteder (23 %) fulgt af botilbud med døgnstøtte (18 %). Det er således et område, hvor behandlingen er blandet mellem sundhedsvæsen og socialvæsen, og hvor de respektive tilbud lægger op til en samlet overordnet planlægning.

- Tilbuddene fordeler sig i tre næsten lige store dele på amtslige, private og kommunale organisationer. Amternes tilbud kan opdeles i et antal, som næsten er ligeligt fordelt på sygehus og socialvæsen. Det er lavet om med kommunalreformen, som først blev indført efter indsamlingen af materiale til denne undersøgelse.
- Undersøgelsen indikerer, at der er regionale forskelle i både omfang og indhold af tilbud. Region Sjælland ser ud til at have flest tilbud pr. ung i regionen og Region Syddanmark har de færreste. Region Midtjylland og Region Nordjylland ser ud til at have den mest bredspektrede indsats med det mest varierede tilbud.
- Henvisninger er især vigtige, hvis de unge har behov for kontakt til et behandlingstilbud. Det er ikke altid muligt for brugeren selv at henvende sig til et sted.

Et interessant fund er, at halvdelen af skp-ordningerne angiver, at det er nødvendigt med en henvisning. Det tyder på, at der eksisterer to modeller på området.

- Der er visitation til næsten alle tilbud, og kun få steder har fri adgang. Men der er næsten en fjerdedel, som ikke har nedskrevne visitationskriterier.
- Der er ventetid til 38 % af tilbuddene, og det er primært behandlingstilbud, der har ventetider. Ser vi på - med forbehold for få besvarelser -, hvordan ventetider fordeler sig regionalt, er den på hospitalsområdet mest udbredt i Nordjylland og mindst i Region Syddanmark. Hvad angår døgntilbud, er den mindst i Region Nordjylland og mest udbredt i Region Syddanmark.
- Opholdssteder, døgntilbud og hospitalsafdelinger har stort set alle åbent hele døgnet, hvilket ikke er overraskende. Distriktpsychiatrien, skp-ordninger og væresteder er overvejende dagtilbud.
- Samlet viser undersøgelsen, at unge hjemmeboende sandsynligvis primært har mulighed for behandlingsmæssig bistand i dagtimerne. Bortset fra værestederne er det kun få af de øvrige tilbud, der er tilgængelige i aften/nattetimer og weekenden.
- Diagnoser udgør et væsentligt grundlag for al behandling af unge med psykosociale problemer. Der anvendes mest diagnoser, når tilbuddet arbejder med de ældre unge.
- De mest udbredte diagnoser angives til at være *Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst* (F90-98), som 563 steder har angivet, de arbejder med. Næsten lige så mange arbejder med *Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd* F60-69 (540) og *Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykose, akutte og forbigående psykotiske tilstande samt skizoaffektive psykoser* F20-29 (522).
- Misbrug er et udbredt fænomen, og her spiller hash og alkohol de store roller.
- På baggrund af en række udvalgte symptomer på psykosociale problemer angiver tilbuddene tilsammen, familiemæssige problemer, stærke humørsvingninger, besvær med koncentration og isolation og ensomhed, som de væsentligste. Som de mindst væsentlige angives usikkerhed om kønsidentitet, selvmordshandlinger, voldelig adfærd og det at høre stemmer.

Der er store ligheder i billedet fra tilbudstype til tilbudstype, men generelt angiver hospitalsafdelingerne flest symptomer. Opholdsstederne skiller sig ud fra de øvrige ved at angive familiemæssige problemer, mangel på koncentration, humørsvingninger og at de unge er nemt opfarende, som de vigtigste. Som de mindst vigtige nævnes selvmordshandlinger, at de unge hører stemmer, er usikre på kønsidentitet og græder

uden at vide hvorfor. Det skyldes sandsynligvis, at opholdssteder primært arbejder med yngre unge.

- Den vigtigste hovedopgave for de fleste tilbud angives som rådgivning og omsorg. Hospitalsafdelingerne skiller sig ud ved at vægte diagnosticering og behandling lidt højere, og opholdsstederne skiller sig ud ved at vægte uddannelse og arbejdsprøvning mere end de øvrige tilbud.

Det mest interessante fund er muligvis, at der er en mindre del af behandlingstilbuddene, som aldrig eller kun af/til udfører behandling. Det er tydeligt, at skp-ordningens hovedopgave ikke er behandling. Det er også tydeligt, at det kun i mindre omfang gælder for bo- eller opgangsfællesskab.

- I forhold til behandlingsformer fremgår det klart, at samtaler spiller en stor rolle - især på hospitalerne. Social læring og træning har større betydning i botilbud, opholdssteder og skp-ordninger. Det fremgår desuden, at gruppesamtaler og familiesamtaler er sjældne i skp-ordningerne.

Opholdssteder, som er sociale foranstaltninger for yngre unge, angiver for næsten halvdelen vedkommende, at de udfører medicinsk behandling.

- Aktiviteter på tilbuddene er for de fleste at skabe fælles oplevelser mellem den professionelle og brugeren eller mellem brugerne indbyrdes - ofte om dagligdags begivenheder. Det er i mindre grad tilfældet på hospitaler, hvor behandling spiller en fremtrædende rolle. Skp-ordningerne har mange dagligdags- og omsorgsprægede aktiviteter og illustrerer i lighed med deres hovedopgaver, at de befinder sig i et krydsfelt mellem omsorg og behandling.
- Personalets sammensætning viser, at de dominerende faggrupper er pædagoger, socialt/sundhedsuddannede (sosu'ere) og sygeplejersker. Selv om psykiatere kun er en mindre faggruppe, og f.eks. er færre end antallet af psykologer, har de den længste uddannelse og en vigtig betydning i kraft af områdets anvendelse af diagnoser.

De socialt uddannede er også en vigtig del af sundhedsvæsnets indsats, og en stor gruppe af sosu'ere er ansat i botilbud med døgndækning, som er præget af det store antal sundhedsuddannede.

- Der kan være juridiske og administrative grænser for, hvornår et tilbud til en ung ophører. Undersøgelsen tyder på, at lovgivningens grænser ved 18 og 23 år kun har relativ lille betydning med undtagelse af opholdsstederne.

Det er kun få tilbud, der angiver, at der er tidsmæssige begrænsninger for opholdet.

Endelig oplyser tilbuddene, at økonomien kun i få tilfælde har betydning for opholdets afslutning. I stedet understreger langt de fleste, at der i alle tilfældene foretages en individuel vurdering, inden de unges ophold ophører.

- Undersøgelsen har set på unges tilstand ved afslutningen af et tilbud. I forhold til behandlingstilbuddene angiver de fleste tilbud, at målet er opfyldt, når en behandling er afsluttet, mens 11 %, noterer, at det aldrig er tilfældet. Det angives mest positivt for hospitalsafdelinger og mindst for skp-ordninger.

Et andet billede viser sig, når det handler om, hvorvidt de unge kan klare sig, når de forlader et tilbud. Her er opholdsstederne mest positive og skp-ordningerne de mindst positive. Kun 38 % af hospitalsafdelingerne angiver, at de unge kan klare sig og samlet set mener kun 37 %, at de unge kan klare sig ved opholdets afslutning.

Det tyder på, at det kun er sjældent, at et forløb afbrydes på grund af, at den unge skifter bopæl, eller fordi den unge selv afbryder forløbet.

- Det er kun i meget få tilfælde, at tilbuddene fører statistik over årsager til ophør. Selv på hospitalsafdelinger, hvor der hyppigst føres statistik, er det kun tilfældet for 47 %.

Evalueringer er også sjældne, og det er endnu mere sjældent, at de også er offentligt tilgængelige. Eksternt udførte, offentligt tilgængelige evalueringer er yderst sjældne på hele området.

Litteratur

- Bovbjerg, K. & Kirk, M.: En kulturanalytisk evaluering af initiativerne Gaderummet – Regnbuen. Upubliceret 2001
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-dk), Årsberetning 2004
- Ebsen, F., Henriksen, J. & Rieper, O.: Hænger det sammen? HMS undersøgelsen, København 2003
- Goualiev, G.: Skizofreni og skizotypi, i PsykiatriFonden 1999, København 1999
- Guldbrandsen, K.: Analyse af botilbudsområdet – botilbud til sindslidende, Videnscenter for Socialpsykiatri, 2001
- Hallerstedt, G.: Introduktion. Lidandets uttryck och namn, i Hallerstedt, G., red: Diagnosens makt, Göteborg 2006
- Hansen, J. & Albæk, J.: Forskning i psykiatrien, Dansk Institut for Sundhedsvæsen, 2006
- Jensen, P.: En helt anden hjælp, København 2006
- Jørgensen, P. & Perto, G.: De farlige psykiatriske tal, København 2000
- Katznelson, N. & Simonsen, B.: Unges arbejdsbegreb i tidsskriftet Arbejdsliv nr. 4, 2000
- Kringlen, E.: Psykiatri, Oslo 2006
- Lier, L., Isager, T., Jørgensen, O., Larsen, F. & Aarkrog, T.: Børne- og ungdomspsykiatri, København 1999
- Nikolajsen, E.: Ungdom og sindslidelse, København 2004
- PsykiatriFonden: Psykiske sygdomme og problemer med børn og unge, København 1999
- Psykiatrifonden: Ung og sårbar, København 2001
- Read, J., Os, J.V., Morrison, A.P., Ross, C.A.: Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications, i Acta psychiatrica Scandinavica 2005:330-350
- Rutter, M. & Rutter, M.: Den livslange udvikling – forandring og kontinuitet, København 1997
- Schaffer, H.R.: Børnepsykologi, København 2005
- Socialministeriet og Sundhedsministeriet: Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 1997 og 1998, København 1999
- Socialministeriet og Sundhedsministeriet: Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 2001, København 2003
- Socialstyrelsen: Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten, Stockholm 2004
- Sundhedsstyrelsen: Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed i relation til anbefalingerne for udbygning i Sundhedsstyrelsens redegørelse: Børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed den fremtidige tilrettelæggelse 2001, Statusnotat 2004
- Sundhedsstyrelsen: Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed. Statusnotat fra Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe, 2006.

Thomsen, P.: Unge hjemløse i Esbjerg og Varde. En kvalitativ etnografisk undersøgelse af livsformer og verdensbilleder hos unge mellem 18 og 25 år indskrevet på §105-institutioner i Ribe Amt. Ribe Amt, 1998

Thomsen, P.H.: Hvilke diagnoser giver vi børn med psykiske sygdomme – og hvorfor? i PsykiatriFonden 1999, København 1999

WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, København 1997

Ziehe, T.: Indlæringskultur, de unges mentalitetsskifte og relativeringen af deres egen verden, Psykologisk Pædagogisk Rådgivning, nr. 3, 2006

Aarkrog, T.: Skizofrenier, affektive sindslidelser og beslægtede psykotiske tilstande i børne- og ungdomspsykiatri red. Af Lier, Isager, m.fl., København 1999

Bilag 1

Antal brugere og tilbud fordelt på tilbudstyper

	Antal brugere*	Antal brugere i procent	Antal tilbud**	Antal tilbud i procent
Hospitalsafdeling og distriktpsikiatrisk center	1336	10,8	170	11,5
Botilbud med døgnstøtte og bo- eller opgangsfællesskab	972	7,8	268	18,2
Skp-ordning	510	4,1	88	6
Aktivitetscenter og værested	442	3,5	137	9,3
Opholdssted	1501	12,1	290	19,7
Klub	212	1,7	30	2,1
Brugerforening	102	0,8	36	2,4
Dagbehandling	676	5,4	54	3,7
Telefonrådgivning og åben rådgivning	4974	39,9	112	7,6
Undervisnings- og skoletilbud	513	4,1	79	5,4
Døgninstitution	292	2,3	38	2,6
Arbejdsprøvning/beskyttet beskæftigelse/revalidering	337	2,7	30	2,1
Tværgående og opsøgende psykiatri-psykoseteam	251	2,0	10	0,7
Botilbud m. døgnstøtte og skp-ordning	27	0,2	6	0,4
Botilbud med døgnstøtte og aktivitetscenter	3	0,0	1	0,1
Botilbud med døgnstøtte og opholdssted	29	0,2	5	0,3
Skp-ordning og aktivitetscenter	2	0,0	2	0,1
Skp-ordning og værested	29	0,2	18	1,2
Bo- eller opgangsfællesskab, skp og værested	17	0,1	4	0,2
Skp-ordning, aktivitetscenter og værested	24	0,2	5	0,3
Tilbud der har afkrydset flere karakteristika	63	0,5	11	0,7
Andet	140	1,1	79	5,4
Total	12 452	100	1 473	100

* N=778.

** Antal tilbud rummer her også 278 tilbud, vi har haft kontakt med, og som tilhører målgruppen, men som ikke har besvaret spørgeskemaet. Da vi ikke har deres svar, har vi skønnet os frem til, hvilken type tilbud der er tale om, dels på baggrund af tilbudets navn og adresse og dels på baggrund af eventuelle hjemmesider. Andet består således også af 46 tilbud, som det ikke har været muligt at placere.