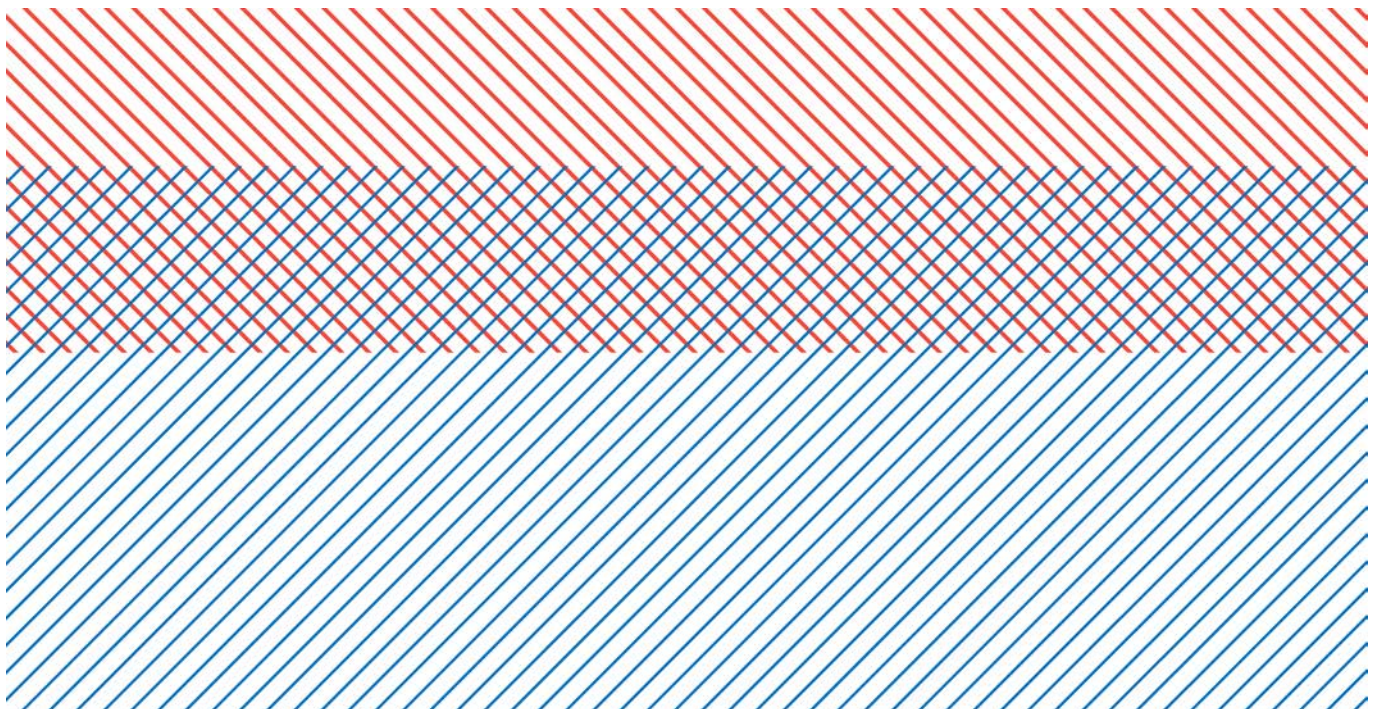


Notat

Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram

Implementering, udvikling og omkostninger ved Kærlighed i
Kaos, Parent Management Training Oregon og Mentor-
støttekontaktpersonsindsats



Christoffer Scavenius, Luna Kragh Andersen, Kathrine Frøslev-Thomsen,
Sofie Henze-Pedersen & Malene Rudolf Lindberg

*Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram –
Implementering, udvikling og omkostninger ved Kærlighed i Kaos,
Parent Management Training Oregon og Mentor-
støttekontaktpersonsindsats Version 2*

© VIVE og forfatterne, 2018
e-ISBN: 978-87-7119-514-9
Projekt: 100656

VIVE – Viden til Velfærd
Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K
www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

I Danmark oplever vi i disse år en stigning i antallet af børn og unge med ADHD diagnoser og ADHD-lignende vanskeligheder, hvilket har medført øget fokus på effektive indsatser til de berørte familier, børn og unge. Dette notat har til formål at beskrive implementering af tre sådanne indsatser, forældre, børn og unges udvikling i løbet af indsatserne og omkostningerne ved at drive indsatserne.

Rigtigt mange mennesker har bidraget til dette notat. For det første vil vi gerne sige tak til alle de deltagere, som på trods af daglige udfordringer i en travl hverdag har fundet tid til at deltage i spørgeskemaundersøgelser og interview. Uden jeres bidrag var dette notat aldrig blevet til noget. Derudover vil vi gerne takke ADHD-foreningen, VIA University College, Socialt Udviklingscenter SUS, Implement Consulting Group og Socialstyrelsen for et godt og produktivt samarbejde og ikke mindst for, at I gang på gang har bidraget med jeres viden til evalueringen.

Notatet er udarbejdet af videnskabelig assistent Luna Kragh Andersen, praktikant Kathrine Frøslev-Thomsen, analytiker Sofie Henze-Pedersen, videnskabelig assistent Malene Rudolf Lindberg og forsker Christoffer Scavenius, som også har været projektleder. Evalueringen er finansieret af Socialstyrelsen.

*Christoffer Scavenius, Luna Kragh Andersen, Kathrine Frøslev-Thomsen, Sofie Henze-Pedersen
og Malene Rudolf Lindberg
2018*

Indhold

Sammenfatning	6
Undersøgelsens formål	6
Hovedresultater	7
Konklusion og perspektiver	11
Metoder	11
1 Indledning	13
1.1 Formål	13
1.2 Indsatser	14
1.3 Notatets opbygning	15
2 Implementeringsevaluering	16
2.1 Metode – Telefoninterview	16
2.2 Analysestrategi	18
2.3 Ledelsesmæssig og organisatorisk understøttelse	20
2.4 Kompetenceopbygning og understøttelse	31
2.5 Arbejdet med indsatsen i praksis	43
2.6 Opsamling på implementeringsevalueringen	56
3 Deltagernes udvikling	59
3.1 Metode – interview	59
3.2 Forældrenes perspektiv på virkningen af indsatserne (KiK og PMTO)	60
3.3 De unges perspektiv på virkningen af mentorordningen (M-SKP)	72
3.4 Metode – spørgeskemadata	74
3.5 Resultater – spørgeskemadata	78
3.6 Opsamling på udviklingen i spørgeskemadata	88
4 Omkostningsevaluering	89
4.1 Baggrund	89
4.2 Formål	89
4.3 Design	90
4.4 Datakilder	90
4.5 Business cases	91
4.6 Omkostningsvurderingens elementer	93
4.7 Resultater af omkostningsanalysen	93
4.8 Opsamling og perspektiver på omkostningsanalysen	96
5 Opsamling og diskussion	99
5.1 Implementering	99
5.2 Deltagernes udvikling	101
5.3 Omkostninger	105
5.4 Begrænsninger	105
5.5 Afrunding	107

Bilag 1 109

Litteratur 113

Sammenfatning

ADHD og ADHD-lignende udfordringer er nogen af de mest udbredte former for psykiske problemer hos børn og unge (Dick & Ferguson, 2015). Forskning finder, at diagnosen kan stilles hos mindst 5 pct. af en børneårgang, hvilket svarer til 1-2 børn i hver skoleklasse (Polanczyk m.fl., 2007, 2014; Thomas m.fl., 2015; Willcutt, 2012). Samtidig er ADHD og ADHD-lignende udfordringer forbundet med negative konsekvenser, som kan have både en menneskelig pris og en samfundsmæssig pris, som fx behov for ekstra støtte i skolen eller særlige skoletilbud, forøget brug af sundhedsydelser og sociale ydelser og tabt arbejdsfortjeneste (Birnbaum m.fl., 2005; Daley m.fl., 2015). Andre undersøgelser viser, at adfærdsproblemer i barndommen og ungdommen kan have implikationer for livskvaliteten helt ind i voksenlivet. Det drejer sig fx om øget risiko for stofmisbrug og kriminalitet, svagere tilknytning til arbejdsmarkedet, et problempræget forhold til egne børn samt angst, depression og tidlig død (Loeber & Burke, 2011; Skogen & Torvik, 2013).

I dag betragtes ADHD som en udviklingsforstyrrelse, som i mange tilfælde fortsætter ind i voksenlivet, men mestringsfremmende indsatser kan hjælpe forældre, børn og unge til bedre at håndtere symptomer på ADHD og de sekundære vanskeligheder, som kan følge med (Barlow & Coren, 2004; McCoy m.fl., 1999; Nix m.fl., 1999; Patterson m.fl., 1998). I dette notat kigger vi på tre indsatser, da det er relevant at undersøge, om tilbud som disse kan implementeres bredt, afhjælpe symptomer på ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder, og dermed være med til at modsvare udviklingen i behovet for behandling.

Undersøgelsens formål

Denne undersøgelse beskæftiger sig specifikt med tre indsatser: forældretræningsprogrammerne Kærlighed i Kaos (KiK) og Parent Management Training Oregon med en udvidelse til at håndtere problemer hos unge, herunder unge med ADHD (PMTO) samt Mentor- og støttekontaktpersonsordningen (M-SKP) rettet mod unge. KiK og PMTO er begge manualbaserede og velafprøvede indsatser, mens M-SKP bygger på det eksisterende mentor- og støttekontaktpersonsarbejde, der foretages i danske kommuner, men i sig selv er en ny indsats, som udvikles og afprøves i projektperioden. Dette notat har til formål at frembringe viden om a) implementering af indsatserne, b) deltagernes udvikling og c) omkostninger ved indsatserne, og er bygget op med dette tredelte fokus. De tre indsatser beskrives kort i det følgende.

KiK

KiK er et forældretræningsprogram, der retter sig mod forældre til børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder i alderen 3-9 år og gives som gruppeforløb (6-7 forældrepar). Forløbene har en varighed på 12 uger. I KiK præsenteres forældrene for redskaber med det formål at gøre dem i stand til at ændre deres barns adfærd i hjemmet. Der er fokus på undervisning i årsagerne til barnets adfærd (viden om ADHD), positiv kommunikation og forebyggelse og håndtering af konflikter. Kurserne udbydes af ADHD-foreningen, og undervisningen varetages af professionelle frivillige trænere, der har gennemgået en træneruddannelse udviklet af ADHD-foreningen.

PMTO

PMTO retter sig mod den enkelte familie, som deltager i individuelle forløb. Målgruppen er forældre til børn og unge mellem 3 og 18 år med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder. Et forløb består gennemsnitligt af 23 sessioner, fordelt med en session pr. uge i perioden. Kurset gives af en certificeret terapeut. På kurset gennemgår forældrene fem områder, der handler om positiv

forældrepraksis: opmuntring og opbakning (positiv bekræftelse), effektiv disciplin (brug af milde sanktioner), monitorering (overblik over aktiviteter), problemløsning (forhandling og etablering af regler) og positiv involvering (investering af tid og planlægning af aktiviteter). I PMTO visiteres deltagerne som udgangspunkt til indsatsen af en kommunal sagsbehandler. Den PMTO-indsats, der evalueres i dette notat, udbygger eksisterende PMTO-indsatser ved at have fokus på familier med børn og unge med ADHD.

M-SKP

M-SKP-indsatsen retter sig mod unge i alderen 12-23 år med udadreagerende adfærd – herunder som følge af ADHD. Indsatsen gives som et individuelt forløb, der minimum varer 3 måneder, og som varetages af en mentor, en kontaktperson eller en støttekontaktperson (mentorer bruges som fællesbetegnelse). Mentoren kan enten være professionel i en kommune, hos en anden aktør eller frivillig. Indsatsen er fortsat under udvikling.

Hovedresultater

I det følgende præsenteres hovedresultaterne fra evalueringens tre analysedele: implementeringen af indsatserne, deltageres udvikling og omkostningsevalueringen.

Implementeringen af de tre indsatser

Implementeringsevalueringen bygger på interview med ledere og behandlere for hver af de tre indsatser og har fokus på at belyse organisatoriske- og ledelsesmæssige forhold med betydning for implementeringen af indsatserne (herunder motivation og ejerskab samt forberedelse og løbende tilpasning af organisationen), kompetenceopbygning af behandlerne (herunder rekruttering af behandlere og uddannelse i metoderne) samt arbejdet med indsatserne i praksis (herunder visitation og rekruttering af deltagere samt brugen af metoder og manualer).

Overordnet set viser evalueringen, at implementeringen er forløbet forskelligt på tværs af de tre indsatser og blev gennemført med forskellige grader af succes. Mens KiK og PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd opnåede en høj grad af implementering, er der stadig en del udfordringer forbundet med implementeringen af M-SKP. Det skal her understreges, at M-SKP er en ny indsats, mens KiK er en gennemprøvet model, og PMTO eksisterer i kommunerne i forvejen. M-SKP var således under udarbejdelse og afprøvning i undersøgelsesperioden, og det ses afspejlet i implementeringsevalueringen.

For de tre individuelle indsatser viser implementeringsevalueringen:

KiK:

- Det er i høj grad lykkedes at implementere KiK succesfuldt.
- ADHD-foreningen har formået at skabe god ledelsesmæssig og organisatorisk understøttelse for KiK-forløbene. Forældretrænerne oplever, at der er sørget for de praktiske omstændigheder omkring kurserne, så de kan fokusere på undervisningen.
- Forældretrænerne finder manualen og kursusmaterialet lettilgængeligt og anvendeligt.
- Forældretrænerne udviser en høj grad af motivation og ejerskab, og de oplever, at indsatsen er meningsfuld, og at den resulterer i den ønskede effekt. Derudover oplever forældretrænerne, at der er en høj grad af motivation blandt de deltagende forældrepar.
- Samtlige forældretrænere har gennemgået en fælles træneruddannelse og oplever at være klædt godt på til at skulle gennemføre KiK-kurset i praksis. Derudover gør ADHD-foreningen

meget ud af at rekruttere de rette personer som trænere og sørge for et godt match mellem trænerparrene.

- Evalueringen peger på, at der muligvis er potentiale for at få fat i en bredere målgruppe, hvis ADHD-foreningen samarbejder endnu tættere med kommunerne om, hvor de rette medarbejdere i kommunen kan hjælpe med at opspore familier, som ikke har ressourcerne til selv at op-søge tilbud.

PMTO til børn og unge med ADHD eller lignende adfærd:

- I kommunerne er man kommet langt i implementeringen.
- I kommunerne har PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd ikke konkurreret med andre lignende tilbud.
- Da kommunerne allerede arbejder med PMTO, har det ikke været nødvendigt at foretage større ændringer i den eksisterende organisatoriske struktur.
- Ledelsen har i mindre grad haft fokus på indsatsen og har i praksis overladt implementeringen til terapeuterne.
- Terapeuterne har udvist en høj grad af motivation, men har i nogle tilfælde savnet ledelsesmæssig opbakning.
- Terapeuterne har været glade for uddannelsesforløbet (udbudt af VIA) og har følt sig klædt på til arbejdet med indsatsen. Flere har dog endnu kun haft få familieforbøb og giver udtryk for, at mere erfaring og flere forløb vil gøre dem tryggere i arbejdet med PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd.
- Terapeuterne fortæller, at den udvidede PMTO-indsats særligt giver dem redskaber til at arbejde med de lidt ældre børn, og at børn med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder allerede rummes fint i den traditionelle PMTO-indsats.
- Terapeuterne er rekrutteret internt, hvilket har den fordel, at der ikke skal bruges tid på en rekrutteringsproces, samtidig med at ledelsen kender til medarbejderes kompetencer.
- Evalueringen peger på, at det kan være en fordel, hvis udførelsen og visitationen er placeret under samme tag, da det gør det lettere at sørge for, at de rette medarbejdere har den nødvendige information om projektet.

M-SKP:

- M-SKP befinder sig stadig i en udviklingsfase og er derfor ikke fuldt implementeret ved evalueringens afslutning.
- Da modellen er baseret på en række overordnede anbefalinger, ligger der en tidskrævende proces for kommunerne i at skulle udvikle procedurer, som passer til den enkelte kommunes organisering. Det betyder, at en stor del af tiden i projektet er blevet brugt på at forberede sig på en egentlig implementering, hvilket har forhalet selve afprøvningen af modellen i praksis.
- Metodeleverandørerne har oplevet et manglende fokus fra ledelsens side, da indsatsen udgør en lille del af kommunernes arbejde. Den manglende ledelsesopbakning har haft konsekvenser for arbejdet med modellen på tværs af forvaltninger og afdelinger.
- Det har nogle steder været svært at opretholde motivationen blandt mentorer og kontaktpersoner.
- Implementeringsevalueringen tyder på, at M-SKP-modellen bærer præg af at ville favne for bredt – både når det kommer til målgruppen, når det kommer til typen af mentorer/kontaktpersoners ansættelse og i forhold til ønsket om at arbejde på tværs af forvaltninger/afdelinger.

Forældrenes, børnenes og de unges udvikling

Undersøgelsen af deltagernes udvikling i løbet af evalueringsperioden bygger på interview med forældre, der har deltaget i KiK eller PMTO samt unge, der har deltaget i M-SKP. Derudover inddrager vi spørgeskemabesvarelser fra forældrene i KiK, samt fra forældrene og de unge i PMTO, og de unge i M-SKP. Før kursernes opstart og efter deres afslutning har forældrene og de unge i KiK, PMTO og M-SKP udfyldt spørgeskemaer, der afdækkede udvikling i børnenes adfærd (målt ved Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ). I KiK besvarede forældrene desuden spørgsmål om forældrekompetencer (målt ved Parenting Sense of Competence Scale, PSOC, og Parenting Scale, PS). Det skal understreges, at vi i forhold til M-SKP har et meget begrænset materiale til at belyse deltagernes udvikling, hvilket skal medtænkes i fortolkningen af resultaterne.

Karakteristik af deltagerne før indsatserne:

- Samlet set ligner forældrene, der har deltaget i KiK og PMTO, den gennemsnitlige danske befolkning, men der er en enkelt forskel på de to indsatser. Forældrene i KiK er lidt bedre uddannede end gennemsnittet for den tilsvarende danske befolkningsgruppe, mens forældrene i PMTO ligger lidt under gennemsnittet. 1 ud af 5 af forældrene i KiK er ikke i beskæftigelse, hvilket svarer til gennemsnittet i den danske befolkning, mens det tilsvarende tal er 1 ud af 4 for forældrene i PMTO.
- Børnene i KiK er mellem 3 og 9 år gamle, mens de er mellem 7 og 17 år gamle i PMTO. I M-SKP er alle respondenter mellem 14 og 24 år gamle.
- I interviewene fortæller forældrene om en hverdag inden kurserne, som var præget af konflikter, voldsom adfærd og skældud. Det indebar samtidig manglende overskud til de andre børn i familien. Dette ser vi også i spørgeskemabesvarelserne, hvor børnene og de unge er blandt de 20 pct. af børn og unge i befolkningen, som udviser mest problemadfærd. Det betyder, at de alle har en adfærd, som ligger uden for normalområdet målt ved SDQ. Det varierer dog, hvor langt scorene ligger uden for normalområdet på tværs af indsatserne. Inden behandling udviser børn og unge i KiK det højeste problemniveau (blandt de 5 pct. dårligste i Danmark), herefter kommer børn og unge i M-SKP-ordningen (blandt de 10 pct. dårligste i Danmark) og derefter børnene i PMTO (blandt de 20 pct. dårligste i Danmark).
- Flere forældre fra både KiK og PMTO fortæller, at de forud for indsatserne havde vanskeligt ved at finde information om relevante tilbud eller indsatser, og nogle familier – særligt fra PMTO – havde deltaget i andre forløb tidligere.

Deltagernes udvikling: KiK og PMTO:

- Forældrene giver i interviewene udtryk for, at de har fundet indsatsernes redskaber vigtige og anvendelige i hverdagen. Nogle har indført faste morgen- og aftenrutiner, ugeskemaer, piktogrammer eller belønningsskemaer. Dette har påvirket barnet positivt og ført til færre konflikter og frustrationer i familien. Derudover fremhæver forældrene, at de efter kurset skælder mindre ud og i stedet roser barnet mere. Nogle fortæller, at den øgede ros har givet barnet et bedre selvværd og mere selvtillid.
- Dette dokumenteres også i de kvantitative analyser, hvor analyserne overordnet viser signifikante reduktioner i adfærdsproblemer hos børnene. Den samlede problemscore (SDQ) mindskes over kursusforløbet for børnene i KiK og PMTO.
- Efter kurset nærmer børn og unge i KiK sig grænsen til normalområdet for børn og unges adfærd i Danmark (defineret som grænsen mellem de 20 pct. med højt problemniveau og 80 pct. med normalt til lavt problemniveau). Børn og unge i PMTO går fra at ligge uden for normalområdet til at ligge inden for normalområdet (dvs. blive en del af de 80 pct. af børn og unge i

Danmark med normalt til lavt problemniveau). Disse forskelle skal ses i lyset af, at børnene i KiK gennemsnitligt starter med en højere problemscore end børnene og de unge i PMTO.

- Forældrene fortæller i interviewene, at de er blevet styrket i deres forælderrolle, hvilket betyder, at familien og barnet i mindre grad presses ud i situationer, der ender i konflikt. Forældrene fremhæver fx, at de er blevet bedre til at være på forkant med forskellige situationer, at de har fået en anden ro og tålmodighed i interaktionen med barnet, og at de har fået en ændret forståelse af barnets udfordringer. Derudover nævner flere, at samarbejdet forældrene imellem er blevet styrket.
- Ændringen i forælderrollen ser vi også i de kvantitative analyser af PSOC- og PS-scorerne (som vi har for KiK-forældrene). Der sker en signifikant stigning i forældrenes mestringsevne i forhold til forælderrollen fra kursernes opstart og afslutning, samtidig med at der sker et signifikant fald i forældrenes overreaktioner.
- Enkelte forældre giver udtryk for, at de fortsat arbejder med at fastholde strukturen, den afslappede tilgang og det positive blik i en travl hverdag, mens nogle også fortæller, at de mangler redskaber til at håndtere udfordringer i søskenderelationen.
- Interviewene peger dog på, at det kan have en positiv betydning for barnets adfærd, når der er overensstemmelse mellem nogle af de redskaber (fx piktogrammer eller pauser), som anvendes i skolen og i hjemmet, så der skabes en rød tråd og forudsigelighed for barnet.

Deltagernes udvikling: M-SKP:

- I interviewene har to unge fortalt om deres oplevelse med at have en mentor. Begge har været glade for deres mentorer og har oplevet, at mentoren fx kunne hjælpe med råd om håndtering af konflikter. Det har medført mindre konflikt med både forældre og søskende samt bedre familierelationer.
- Efter at have fået en mentor har begge unge oplevet en positiv udvikling i forhold til deres skolegang. Den ene har med mentorens hjælp fået genetableret en tilknytning til skolen, mens den anden er begyndt at arbejde med konkrete mål for at nedbringe sit fravær.

Omkostningsevaluering

Omkostningsevalueringen er udført som en beregning af tre omkostningsscenarier eller "business cases"; én for KiK, én for PMTO og én for M-SKP. Det skal understreges, at fordi både indsatser, kommuner og organisering varierer, giver omkostningsscenarierne kun et overordnet og vejledende overslag. Omkostningsevalueringen har fokus på bruttoomkostninger, det vil sige direkte omkostninger ved at drive indsatserne. For at perspektivere omkostningsvurderingerne sammenholdes bruttoomkostninger ved de tre indsatser med estimater på de afledte besparelser, man kan forvente at opnå ved at tilbyde børn og unge med ADHD og ADHD-lignende problemer en tidlig indsats.

Omkostninger pr. gennemført forløb for de tre indsatser:

- Omkostningerne pr. gennemført forløb er et engangsbeløb på mellem ca. 30.000 og ca. 58.000 kr., alt efter hvilken af de tre indsatser, som tilbydes.
- KiK er den mindst omkostningstunge indsats, mens M-SKP er den mest omkostningstunge. PMTO placerer sig midt imellem de to. KiK er billigere, fordi indsatsen er baseret på frivillig arbejdskraft og derfor har væsentligt lavere lønomkostninger end PMTO og M-SKP. M-SKP er derimod dyrere, fordi indsatsen typisk er mere langvarig end de to andre indsatser.
- Omkostninger ved at drive de tre indsatser skal holdes op imod de forventede omkostninger ved ubehandlet ADHD. I en dansk sammenhæng oplever samfundet ekstraomkostninger på

gennemsnitligt 118.000 kr. om året for hver person med ubehandlet ADHD, som følge af tabte skatteindtægter, uddannelsesomkostninger, kriminalitet, sociale ydelser og sundhedsydelser (Daley m.fl., 2015). Dertil kommer alle de ting, som er svære at prissætte, eksempelvis reduceret livskvalitet.

Konklusion og perspektiver

Forskningsoversigter har vist, at mindst 5 pct. af en børneårgang kan have ADHD eller ADHD-lignede vanskeligheder, og at ubehandlet ADHD hvert år koster det danske samfund 118.000 kr. i gennemsnit pr. person. Forskningen peger således på, at det både socialt og økonomisk kan betale sig at yde mestringsstøtte til unge og familier, der er berørt af disse problemstillinger.

Evalueringen viser overordnet positive udviklinger i forhold til børnenes og de unges adfærd og forældrenes forældrekompetencer på tværs af de tre indsatser – dog varierer implementeringen og omkostningerne mellem indsatserne. På tværs af de tre devalueringer er der positive erfaringer med KiK, som har opnået et højt og succesfuldt implementeringsniveau, medfører en positiv udvikling hos deltagerne og har lavere omkostninger end de to andre indsatser. PMTO er også nået langt med implementeringen, og her finder vi ligeledes positive udviklinger for deltagerne, mens indsatsen sammenlignet med M-SKP er billigere pr. gennemført forløb, men dyrere end KiK. M-SKP er den dyreste af de tre indsatser og har også mødt en del implementeringsmæssige udfordringer i løbet af evalueringsperioden. M-SKP er dog også en model, som endnu ikke er færdigudviklet.

I en tid, hvor antallet med en ADHD-diagnose stiger voldsomt og skaber øget pres på det eksisterende behandlingssystem (Sundhedsstyrelsen, 2012), kan KiK, PMTO og M-SKP dermed fungere som vigtige komplementar i den samlede indsats på området. De tre indsatser kan delvist supplere hinanden, da de er organiseret og forankret forskelligt, retter sig mod forskellige målgrupper og er forbundet med forskellige omkostninger. Deltagerne giver på tværs af indsatserne udtryk for en positiv udvikling og en tilfredshed med den måde, som den pågældende indsats udbydes og organiseres på. Alle tre indsatser fremstår derfor som indsatser, der kan imødegå forskellige behov blandt familier med børn eller unge, der har ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder, med de ovenstående implementeringsmæssige og økonomiske forhold in mente.

Metoder

Den samlede evaluering af de tre indsatser (KiK, PMTO og M-SKP) bygger på flere forskellige evalueringdesign, metoder og data.

Vi har gennemført en implementeringsevaluering, der tager udgangspunkt i interview med ledere og behandlere fra de tre indsatser. Interviewene er gennemført som telefoninterview med de personer, der har ledet implementeringen af henholdsvis KiK, PMTO og M-SKP, samt de behandlere (trænere/terapeuter/kontaktpersoner), som har udført indsatserne i praksis. Interviewene er gennemført som enkeltinterview. I alt har 2 ledere fra KiK (projektleder og leder ansvarlig for rekruttering af forældretrænere), 4 ledere fra PMTO og 2 projektledere fra M-SKP (med ansvar for udviklingen af indsatsen) deltaget i undersøgelsen. Derudover har 6 forældretrænere fra KiK, 9 terapeuter fra PMTO og 1 mentor fra M-SKP deltaget i interview, mens vi også inddrager viden fra et erfaringsopsamlingsseminar med kommuner, der har arbejdet med M-SKP i evalueringen.

Vi har belyst deltagerens udvikling ved hjælp af både interview og spørgeskemadata. Vi har gennemført telefoninterview med forældre, der har deltaget i enten KiK eller PMTO. Disse er gennem-

ført som enkeltinterview og havde fokus på forældrene, hvilken betydning forældrene har oplevet, at deres deltagelse i indsatserne har haft for familiens og barnets hverdag og udvikling. I alt har vi gennemført 6 interview med forældre, der har deltaget i KiK, og 5 interview med forældre, der har deltaget i PMTO. I undersøgelsen af M-SKP har 2 unge deltaget i interview med fokus på ordningens betydning for deres hverdag og trivsel.

Derudover har vi fra M-SKP og PMTO indsamlet kvantitative spørgeskemadata. Spørgeskemaerne indeholder spørgsmål om demografiske karakteristika og spørgsmål fra Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). For deltagerne i KiK er der desuden spørgsmål fra The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) og The Parenting Scale (PS). Til M-SKP udviklede vi et spørgeskema, og til PMTO og KiK modtog vi variable fra udbydernes egne dataindsamlinger. I PMTO har vi yderligere modtaget baggrundsoplysninger via telefonisk kontakt med terapeuterne. Grundet den manglende rekruttering i M-SKP har vi kun modtaget 8 opstartsskemaer fra tre kommuner; i PMTO, hvor der er opstartet 33 forløb, har vi modtaget 15 ungeskemaer (4 med både opstarts- og afslutningsskema) og 59 forældreskemaer (21 med både opstarts- og afslutningsskema); og i KiK har vi modtaget 162 opstarts- og 89 afslutningsskemaer (81 med både opstarts- og afslutningsskema).

Endelig har vi gennemført en omkostningsevaluering, der bygger på tre omkostningsscenarier eller "business cases"; én for KiK, én for PMTO og én for M-SKP. Da både indsatser, kommuner og organisering varierer, giver omkostningsscenarierne kun et overordnet og vejledende overslag. Omkostningsevalueringen har fokus på bruttoomkostninger. For at perspektivere omkostningsvurderingerne sammenholdes bruttoomkostninger med estimater på de afledte besparelser, man kan forvente at opnå ved at tilbyde børn og unge med ADHD og ADHD-lignende problemer en tidlig indsats.

1 Indledning

ADHD og ADHD-lignende udfordringer er nogle af de mest udbredte former for psykiske problemer hos børn og unge (Dick & Ferguson, 2015). Forskellige studier finder forskellige estimater, afhængigt af hvordan de måler ADHD, men der er generel konsensus om, at diagnosen kan stilles hos mindst 5 pct. af en børneårgang, hvilket svarer til 1-2 børn i hver skoleklasse (Polanczyk m.fl., 2007, 2014; Thomas m.fl., 2015; Willcutt, 2012). Samtidig er ADHD og ADHD-lignende udfordringer forbundet med betydelige og negative konsekvenser, både for barnet og den unge og for det omgivende samfund (Birnbaum m.fl., 2005; Daley m.fl., 2015). Konsekvenserne har både en menneskelig pris og en samfundsmæssig pris, som fx behov for ekstra støtte i skolen eller særlige skoletilbud, forøget brug af sundhedsydelser og sociale ydelser og tabt arbejdsfortjeneste. Undersøgelser viser, at adfærdsproblemer i barndommen og ungdommen kan have implikationer for livskvaliteten helt ind i voksenlivet (Loeber & Burke, 2011), og norske forskere har identificeret en række negative konsekvenser af adfærdsproblemer, så som større risiko for stofmisbrug og kriminalitet, svagere tilknytning til arbejdsmarkedet, problematiske forhold til egne børn, angst, depression og tidlig død (Skogen & Torvik, 2013).

I dag betragtes ADHD som en udviklingsforstyrrelse, som i mange tilfælde fortsætter ind i voksenlivet, men mestringsfremmende indsatser kan hjælpe forældre, børn og unge til bedre at håndtere symptomer på ADHD (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004; McCoy m.fl., 1999; Nix m.fl., 1999; Patterson m.fl., 1998). 2 ud af de 3 indsatser, der evalueres i dette notat, er forældretræningskurser, mens den sidste er en mentor-ordning. I lyset af stigningen i antallet af ADHD-diagnoser og deres konsekvenser for den enkelte og for samfundet, er det relevant at undersøge, om behandlingstilbud som disse kan implementeres bredt, afhjælpe symptomer på ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder og derved være med til at modsvare udviklingen i behovet for behandling.

1.1 Formål

Denne undersøgelse beskæftiger sig specifikt med tre indsatser. Det gælder forældretræningsprogrammerne *Kærlighed i Kaos* (herefter KiK) og *Parent Management Training Oregon* med en udvidelse til at håndtere problemer hos unge, herunder unge med ADHD (herefter PMTO). Den tredje indsats er mentor-støttekontaktpersonsordningen (herefter M-SKP). KiK og PMTO er velafprøvede programmer. For KiK eksisterer der en færdigudviklet manual, mens PMTO-manualen for den udvidede målgruppe har været under udarbejdelse i løbet af projektet. M-SKP-indsatsen er derimod en ny indsats, som blev udviklet og afprøvet i evalueringsperioden. Dette notat har til formål at frembringe viden om implementering af indsatserne, deltagernes udvikling og omkostninger ved indsatserne.

Evalueringen er foretaget for Socialstyrelsen og evaluerer tre projekter under Socialstyrelsens forældreprogram. KiK og PMTO hører under initiativet *Udbredelse af nye evidensbaserede indsatser til forældrene til børn med ADHD*, som søger at styrke mestringsevnen hos forældre til børn og unge med udadreagerende adfærd, herunder ADHD. M-SKP hører under initiativet *Mentor- og støttekontaktpersonsordninger til unge med udadreagerende adfærd, herunder ADHD*, som har til formål at styrke den unges egen mestringsevne. Det overordnede formål for de tre indsatser er at give børn, unge og forældre en mere velfungerende hverdag og på sigt at mindske målgruppernes behov for indgribende og langvarige indsatser. KiK, PMTO og M-SKP forløb i perioden maj 2016 til november 2017 er inkluderet i analysen. De tre indsatser, der evalueres i denne undersøgelse, er forskellige mht. målgruppe, kursusindhold, organisering og forankring.

1.2 Indsatser

1.2.1 KiK

KiK retter sig mod forældre til børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder i alderen 3-9 år og gives som gruppeforløb, der løber over 12 uger. Det er ikke et krav, at barnet har diagnosen ADHD. KiK har fokus på forældrene med det formål at gøre dem i stand til at ændre deres barns adfærd i hjemmet. Forløbene giver forældrene viden om ADHD og værktøjer, de kan bruge til at håndtere barnets adfærd på en mere hensigtsmæssig måde. Kurserne udbydes af ADHD-foreningen, og undervisningen varetages af professionelle frivillige trænere, der har gennemgået en træneruddannelse udviklet af ADHD-foreningen. Indholdet på kurserne omhandler tre tematikker: undervisning i årsagerne til barnets adfærd (viden om ADHD), positiv kommunikation og forebyggelse og håndtering af konflikter. Der er som nævnt udviklet en manual til KiK og tilhørende undervisningsmateriale, som trænerne uddannes i at bruge for at sikre kursernes ensartethed og kvalitet.

I denne undersøgelse gennemfører ADHD-foreningen tre runder med KiK-forløb, der består af tre, seks og fem forældretræningsforløb, dvs. 14 forløb i alt. På hvert af de 14 forløb deltager 6-7 forældrepar. Det er et krav i KiK, at forældrene deltager parvis. Hvis en forælder er eneforsørger, kan vedkommende deltage sammen med en anden voksen, som er tæt på barnet, fx en bedstemor eller en ny kæreste.

1.2.2 PMTO

PMTO retter sig mod den enkelte familie, som deltager i individuelle forløb. Målgruppen er forældre til børn og unge mellem 3 og 18 år med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder. Kurset gives af en certificeret terapeut, og fokus er ligesom i KiK på forældrene, da gode forældrekompetencer anses for at være en afgørende faktor for at ændre barnets adfærd (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004). Sessionerne varer en time og afholdes ca. hver uge. Længden af et PMTO-forløb kan variere, men et forløb indeholder i gennemsnit 23 sessioner fordelt over 7 måneder (Socialstyrelsen, 2017). På kurset gennemgår forældrene fem områder, der handler om positiv forældrepraksis: opmuntring og opbakning ift. evner (positiv bekræftelse), effektiv disciplin (brug af milde sanktioner), monitorering (overblik over aktiviteter), problemløsning (forhandling og etablering af regler) og positiv involvering (investering af tid og planlægning af aktiviteter) (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004). Der bliver undervist i de fem forældrepraksisser i en fastlagt rækkefølge, da de bygger ovenpå hinanden. Rollespil er et centralt redskab i PMTO-kurserne. Mellem sessionerne løser familierne hjemmeopgaver med udgangspunkt i udleveret materiale, og der er telefonkontakt mellem familien og terapeuten som hjælp til at udføre hjemmeopgaverne og som middel til at opretholde engagement og deltagelse i familien.

De PMTO-indsatser, der evalueres i dette notat, udbygger eksisterende PMTO-indsatser fra at have fokus på familier med børn med adfærdsvanskeligheder til også at kunne inkludere ældre målgrupper med ADHD. I det følgende omtaler vi til den udbyggede PMTO-indsats som *PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd* eller blot som *PMTO*. PMTO er en programbaseret behandlingsindsats, og manualen til PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd er under udarbejdelse hos VIA University College. I denne undersøgelse udbydes PMTO af Aarhus, Herning, Holstebro, Furesø og Skive Kommune, der selv ansætter og uddanner PMTO-terapeuterne. Indsatsen er kommunalt forankret i modsætning til KiK, som udbydes af ADHD-foreningen og bygger på frivillige trænere. I PMTO visiteres deltagerne som udgangspunkt til indsatsen af en kommunal sagsbehandler.

1.2.3 M-SKP

Fordi M-SKP-modellen var under udvikling, da denne evaluering blev udarbejdet, var anbefalingerne i modellen overordnet formuleret. Det gjorde det muligt for de deltagende kommuner at bruge anbefalingerne på den måde, som passer med kommunens organisering og rammer, og som passer til den enkelte unge. Modellen havde 21 anbefalinger med i afprøvningen og er endt med at bestå af 15 konkrete anbefalinger. De omhandler to hovedelementer, nemlig 1) mentors kompetencer og 2) organisatoriske tiltag, der kan støtte mentor i opgaveløsningen. M-SKP-indsatsen retter sig mod unge i alderen 12-23 år med udadreagerende adfærd – herunder som følge af ADHD. Det er ikke afgørende for deltagelse, at den unge har fået stillet diagnosen ADHD. Indsatsen gives som et individuelt forløb, der minimum varer 3 måneder, og som varetages af en mentor, en kontaktperson eller en støttekontaktperson (mentorer bruges som fællesbetegnelse). Mentoren kan enten være professionel i en kommune, hos en anden aktør eller frivillig. I denne undersøgelse udvikles og afprøves M-SKP af Faaborg-Midtfyn, Odsherred og Næstved Kommune i samarbejde med Socialt Udviklingscenter SUS & Implement Consulting Group.

1.3 Notatets opbygning

Notatet består af tre devalueringer: en implementeringsevaluering, en evaluering af deltagernes udvikling hen over indsatsforløbene og en omkostningsevaluering. Implementeringsevalueringen bygger på interview med deltagerkommunerne og ADHD-foreningen. Udviklingsevalueringen bygger på interview med forældre og unge og på spørgeskemadata fra deltagerne. Omkostningsevalueringen bygger på omkostningsmateriale fra Socialstyrelsen og interview med nøglepersoner med indsigt i de tre indsatser.

Hver af de tre devalueringer behandler de tre indsatser for sig og sammenligner dem indbyrdes. Vi foretager dermed både en implementeringsevaluering, en evaluering af deltagernes udvikling hen over indsatsforløbene og en omkostningsevaluering for hver indsats. De tre devalueringer opsummeres undervejs i notatet. Notatet afsluttes med en samlet opsamling og diskussion, der ser på de tre devalueringer af de tre indsatser samlet.

2 Implementeringsevaluering

En succesfuld implementering af en indsats kræver et vedholdende fokus og en systematisk tilgang. Tidligere studier indikerer, at implementeringen har betydning for effekten af en indsats. Man opnår en større effekt, hvis indsatsen er velimplementeret. Samtidig skal man ikke forvente en perfekt implementering, da det praktisk talt er umuligt at opnå (Durlak & DuPre, 2008). Hvis man ønsker at opnå de forventede resultater for deltagerne, er det nødvendigt, at indsatserne udføres i overensstemmelse med programbeskrivelsen; det vil sige, at indsatsen udføres med høj fidelitet. For at undersøge fideliteten, bør komponenterne i programmet være nedskrevet i en manual (Ogden m.fl., 2009). Tidligere forskning underbygger, at jo tydeligere kernekomponenterne i en indsats er defineret, jo lettere er det at opnå en succesfuld implementering (Fixsen, 2005). Eftersom PMTO-overbygningen og M-SKP-indsatsen stadig er under udvikling og derfor ikke er færdigdefineret og nedskrevet, undersøgtes fideliteten i denne rapport primært på baggrund af kvalitative data.

De tre indsatser, som implementeringsevalueringen undersøger, adskiller sig fra hinanden på flere punkter. De har dermed haft forskellige forudsætninger under implementeringen. I tabel 2.1 har vi fremhævet de væsentligste forskelle.

Tabel 2.1 Forskelle på de tre indsatser, som har væsentlig betydning for implementeringsprocessen.

	KiK	PMTO med ekstra modul	M SKP
Indsatsstype	Programbaseret	Programbaseret	Best practice
Udviklingstrin	Manual er udviklet	Manual er under udvikling	Manual er under udvikling
Forankring	Frivillig organisation	Kommune	Kommune
Hvem modtager indsatsen	Forældre	Forældre	Den unge

KiK og PMTO er begge programbaserede, men hvor manualen til KiK var færdigudviklet inden projektets start, har PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd været under udvikling under projektperioden. Derfor har der ikke ligget en færdig manual for PMTO, som henvender sig til den nye målgruppe. M-SKP er derimod ikke programbaseret, men udviklet på baggrund af eksisterende forskning og praksiserfaring fra en række kommuner. Manualen til M-SKP var stadig under udvikling af Implement Consulting Group og SUS – Socialt Udviklingscenter i samarbejde med de deltagende kommuner, da denne evaluering blev udarbejdet. Mens det er forældrene, som modtager indsatsen i KiK og PMTO, er det den unge, som modtager støtte i M-SKP-ordningen. En sidste væsentlig forskel på de tre indsatser, som har betydning i implementeringsprocessen er, at PMTO og M-SKP er forankret i kommuner, mens KiK er en frivillig-baseret indsats, som er forankret i ADHD-foreningen. Grundet de varierende forudsætninger er det forskelligt, hvilke tematikker, implementeringsevalueringen af henholdsvis KiK, PMTO og M-SKP fokuserer på.

2.1 Metode – Telefoninterview

2.1.1 Deltagere

Vi har gennemført implementeringsinterview med to typer af informanter: ledere og behandlere. Interviewene er gennemført som enkelttelefoninterview med de personer, der har ledet implementeringen af henholdsvis KiK, PMTO og M-SKP, samt de behandlere (trænere/terapeuter/kontaktpersoner), som har udført indsatserne i praksis.

Interviewene er gennemført som telefointerview, da det øger sandsynligheden for, at ledere og medarbejdere, der ellers ville have sagt nej af praktiske eller tidsmæssige årsager, alligevel vælger at deltage i undersøgelsen (Sturges & Hanrahan, 2004; Trier-Bieniek, 2012). Telefoninterview kan gennemføres hvor som helst og kan derfor virke mindre omfattende, da der udelukkende skal afsættes den tid, det tager at tale i telefonen – fx mens man bevæger sig til og fra arbejde.

2.1.1.1 Rekruttering af ledere

Ledere til PMTO-interviewene er rekrutteret ved henvendelse til projektlederen fra VIA University College, som hjalp med at etablere kontakt til relevante ledere i deltagerkommunerne. Der er i alt gennemført fire interview med ledere, som har personaleansvar for PMTO-terapeuter. Til KiK-delen blev lederne rekrutteret ved henvendelse til ADHD-foreningen. Der er gennemført ét interview med projektlederen og ét interview med den træneransvarlige.

Det har været vanskeligt at etablere kontakt til og rekruttere ledere i de kommuner, som har arbejdet med M-SKP-indsatsen. Indsatsen er stadig under udvikling, og i den forbindelse deltager kommunerne løbende i en række aktiviteter af evaluerende karakter, som er arrangeret af Implement og SUS. De haft derfor haft svært ved at afse tid til at deltage i yderligere aktiviteter. Der er gennemført ét interview med en leder. Vi har, som supplement, gennemført interview med projektledere fra henholdsvis Implement Consulting Group og SUS – Social Udviklingscenter. De er ansvarlige for udvikling af M-SKP-indsatsen og har det overordnede ansvar for at vejlede og monitorere implementeringsprocessen i kommunerne. Projektlederne kan bidrage med deres syn på, hvilke udfordringer, de har oplevet i forbindelse med implementeringen. Vi har gennemført to interview med projektledere, som har ansvaret for implementering i hver sin kommune.

2.1.1.2 Rekruttering af behandlere

Terapeuter til PMTO-delen er rekrutteret gennem de ledelsesansvarlige i kommunerne. Der er i alt gennemført ni interview med PMTO-terapeuter fordelt på fire deltagerkommuner. Alle med undtagelse af én deltagerkommune er dermed repræsenteret i evalueringen. Trænere til KiK-delen er rekrutteret i samarbejde med ADHD-foreningen. Der er gennemført interview med seks KiK-trænere.

Som nævnt har det været svært at etablere kontakt til og rekruttere i de kommuner, som har arbejdet med M-SKP-indsatsen. Derfor er der kun gennemført ét interview med én mentor. For at kunne opnå yderligere indblik i, hvilke udfordringer kommunerne har oplevet i forbindelse med implementeringen af M-SKP, deltog VIVE på et "Erfaringsopsamlingsseminar", som SUS og Implement havde arrangeret for deltagerkommunerne. Formålet med seminaret var at drøfte foreløbige erfaringer og resultater på tværs af de tre deltagerkommuner, som kunne bidrage til tilpasninger af modellen. Tre kommuner var repræsenteret.

2.1.1.3 Lederinterview

Lederinterviewene er blevet gennemført ud fra en semistruktureret interviewguide og varer ca. 1 time. Fokus i interviewguiden har været det samme på tværs af de tre indsatser for at sikre, at det endelige materiale er sammenligneligt. Samtidig gav det semistrukturerede design plads til den enkeltes perspektiver (Kvale, 2009). Da indsatserne på visse punkter adskiller sig fra hinanden, har der været temaer, som fylder mere i nogle interview end i andre. Den organisatoriske del fylder fx mindre i KiK-interviewene, da indsatsen ikke er forankret i en kommune. I interviewene blev der bl.a. spurgt ind til status for implementeringen og arbejdet med indsatsen, ledelsesrollen, motivation og forberedelse, rekruttering, træning og metodefideltet samt understøttelse.

Inden vi påbegyndte interviewene, gjorde vi det tydeligt for lederne, at deltagelse var anonym, og at informationer ikke blev videregivet til andre parter. Samtidig sørgede vi for at gøre interviewpersonerne opmærksom på VIVES rolle som ekstern evaluatør. Det gjorde vi, med henblik på at deltagerne skulle have oplevelsen af at kunne tale frit – også om episoder eller temaer, som havde været svære eller problematiske.

2.1.1.4 Behandlerinterview

Behandlerinterviewene blev også gennemført ud fra en semistruktureret interviewguide, hvor temaerne overordnet set var de samme. På den måde sikrede vi, at det endelige materiale er sammenligneligt, samtidig med at der var plads til den enkeltes perspektiver (Kvale, 2009). Interviewene varede 1-1½ time, og der blev spurgt ind til de udfordringer, medarbejderne havde oplevet i den daglige drift, som fx ledelsesstøtte, motivation, oplæring, rekruttering og fastholdelse, arbejdet med metoden, behandlingsfidelitet, samt hvordan de har forsøgt at håndtere disse udfordringer.

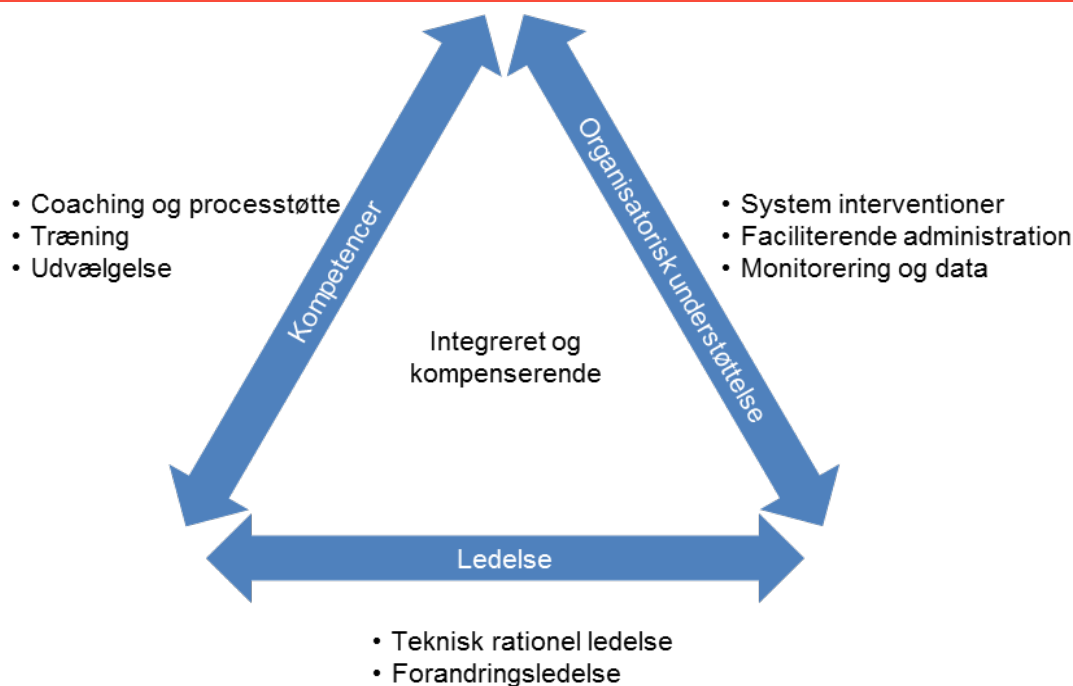
En udfordring i forbindelse med PMTO og M-SKP er, som nævnt, at manualerne endnu ikke er fast definerede. De er stadig under udvikling, hvilket gør det sværere at undersøge fideliteten. Det er væsentligt at fokusere på fideliteten, da det kaster lys over, om man i praksis har implementeret indsatserne efter forskrifterne, og dermed som de var tiltænkt. Hvis der ikke opnås en høj grad af fidelitet, får deltagerne ikke den tiltænkte indsats, og det kan påvirke udbyttet af indsatsen. Fideliteten undersøges derfor med udgangspunkt i de interview, der er foretaget med medarbejdere/frivillige. Der fokuseres på medarbejdernes/de frivilliges oplevelse af, i hvilken grad det er muligt at leve op til manualernes forskrifter, og hvad man evt. kan gøre for at forbedre forudsætningerne og håndtere de udfordringer, de har mødt under implementeringen.

Igen gjorde vi indledningsvist medarbejdere og frivillige opmærksomme på deres anonymitet og på VIVES rolle som ekstern evaluatør. Det gjorde vi for at give deltagerne en oplevelse af at kunne ytre sig frit om både positive og negative aspekter i forbindelse med implementeringen af indsatserne.

2.2 Analysestrategi

Implementeringsanalysen benytter implementeringstrekanten, udviklet i Fixsen m.fl. (2005), som sit udgangspunkt. Se figur 2.1 for illustration. Implementeringstrekanten tager udgangspunkt i tre overordnede implementeringsdrivkræfter: ledelse, kompetencer og organisatorisk understøttelse. Implementeringsdrivkræfterne er motoren bag ændringer. De er dynamiske og interagerer med hinanden. Ifølge Fixsen m.fl. (2005) kan drivkræfterne til en vis grad anvendes kompensatorisk, men det er væsentligt at fokusere på alle tre drivkræfter, hvis implementeringsprocessen skal blive succesfuld. Implementeringstrekanten har dannet udgangspunkt for de tematikker, vi har valgt at fokusere på i interviewene med medarbejdere og ledere.

Figur 2.1 Implementeringstrekant



Kilde: Fixsen m.fl. (2005).

Implementeringsanalysen har to overordnede formål:

1. At belyse, hvilke barrierer og muligheder der kan opstå under implementeringen af henholdsvis PMTO, KiK og M-SKP, samt hvordan eventuelle vanskeligheder ved implementeringen kan håndteres.
2. At undersøge fideliteten og dermed vurdere, i hvor høj grad det er lykkedes at implementere indsatserne efter forskrifterne.

Analysen består af tre dele, som alle tager udgangspunkt i både leder- og behandlerinterview. Første del af analysen undersøger den organisatoriske og ledelsesmæssige understøttelse. Her belyser vi bl.a. motivationen og ejerskabet i kommunerne, og hvilke forberedelser og løbende tilpasninger, man har gjort for at lette implementeringen. I anden del af analysen ser vi på, hvordan kommuner og foreninger har sikret, at behandlerne har haft de rette kompetencer til at udføre indsatsen. Herunder ser vi på, hvordan behandlerne er rekrutteret, hvilken uddannelse og understøttelse, de har fået, og om de oplever at være klædt tilstrækkeligt på til at gennemføre implementeringen i praksis. Tredje del af analysen tager udgangspunkt i behandlernes oplevelse af arbejdet med indsatsen i praksis. Her belyses det bl.a., hvordan det har været at arbejde med manualen/metoden, hvordan visitationsprocessen har forløbet, og hvilke elementer behandlerne oplever som væsentlige for et succesfuldt forløb. Hver af de tre indsats; KiK, PMTO og M-SKP, behandles separat under hver af analysens tre dele. Interviewene er kodet på baggrund af tematikker i implementeringstrekanten og de tematikker, der viser sig i materialet. Både teori og empiri har derfor været styrende for analysens struktur.

Da det, som tidligere nævnt, har været vanskeligt at etablere kontakt til og rekruttere ledere og behandlere i de kommuner, som har arbejdet med M-SKP-indsatsen, er der kun gennemført ét interview med en leder og ét interview med en behandler. For at kunne opnå yderligere indblik i, hvilke udfordringer kommunerne har oplevet i forbindelse med implementeringen af M-SKP, deltog VIVE på et "Erfaringsopsamlingsseminar", som metodeleverandørerne, Implement Consulting

Group og SUS – Social Udviklingscenter, havde arrangeret for deltagerkommunerne. Når der anføres eksempler fra kommunerne om M-SKP, baserer de sig derfor både på interview og på de erfaringer, som fremkom på seminaret. Derudover har vi gennemført interview med metodeleverandørerne, som supplerer kommunernes perspektiv med leverandørernes syn på, hvilke udfordringer der har været i forbindelse med implementeringen. Den begrænsede datamængde betyder, at vi kun i begrænset omfang kan belyse implementeringen fra kommunernes eget perspektiv. Analysen giver dermed en beskrivelse af, hvilke udfordringer der har vist sig i det datamateriale, vi har til rådighed, men er ikke udtømmende.

2.3 Ledelsesmæssig og organisatorisk understøttelse

Denne første del af analysen fokuserer på to elementer i implementeringstrekanten: ledelse og organisatorisk understøttelse. Ifølge Fixsen skal ledelsen sørge for at understøtte organisationen. Fixsen beskriver, at ledelsen har til opgave at støtte op om implementeringen og dermed har ansvar for at understøtte de to resterende drivkræfter ved at sikre de rette kompetencer og organisatoriske tiltag. Ledelse handler derfor om at fordele ressourcer og ansvar for forskellige opgaver, men det handler også om at være på forkant og forudse og håndtere eventuelle udfordringer undervejs i implementeringsprocessen. Desuden er det ledelsens opgave at lægge en strategi for, hvor meget medarbejderne skal involveres, og hvordan og hvor meget der skal kommunikeres ud til resten af organisationen. Det er dermed ledelsens ansvar at få skabt en proces og nogle rammer, som sikrer motivation og ejerskab til de forandringer, der skal foretages i organisationen (Esbjerg Kommune, 2014; Fixsen, 2005; Kanter, 1988; Valente & Davis, 1999). Vi undersøger, hvilke strukturelle og organisatoriske betingelser, KiK, PMTO og M-SKP er blevet implementeret under. Fx ser vi på, om ledelsen har mobiliseret motivation og ejerskab blandt medarbejderne, om ledelsen har fået tilpasset organisationen, så implementeringsprocessen glider lettere, og om ledelsen har prioriteret implementeringsarbejdet og sørget for at give medarbejderne de rette forudsætninger for at kunne udføre implementeringen.

2.3.1 Motivation og ejerskab

Det er en vigtig ledelsesopgave, og afgørende for en vellykket implementering, at der sikres forståelse og motivation for en intervention. Fx ved at mobilisere opbakning og ved at inddrage relevante medarbejdere i beslutningstagningen (Fixsen, 2005). Medarbejdere, som oplever en indsats som meningsfuld, og som tror på, at indsatsen vil resultere i den ønskede effekt, er mere tilbøjelige til at implementere den med en højere grad af fidelitet (Durlak & DuPre, 2008). For at ledelsen kan skabe de rette rammer, og herigennem skabe motivation blandt medarbejderne, er det centralt, at de selv er motiverede for at arbejde med indsatsen. I dette afsnit undersøger vi derfor kommunernes motivation for at arbejde med indsatserne. Vi ser herunder på, hvilket formål kommunerne havde med at indføre metoden, hvordan de har arbejdet med at give medarbejderne ejerskab, og om medarbejderne selv har været motiverede for at arbejde med indsatsen.

2.3.1.1 KiK

KiK er, som tidligere nævnt, ikke forankret i en kommune. Det er en indsats, der foregår i frivilligt regi sideløbende med kommunale indsatser. KiK fungerer som et supplement til de ydelser, der allerede findes i kommunen, og skal derfor ikke på samme måde tilpasses en kommunal organisationsstruktur.

Det er særligt for KiK, at ADHD-foreningen både er metodeleverandør, men samtidig står for at monitorere selve indsatsen. ADHD-foreningens rolle er derfor todelt, og de står som ledelse for al koor-

dinering og planlægning i forbindelse med KiK-kurserne, samtidig med at de har et indgående kendskab til metoden. Det er dermed ADHD-foreningens opgave at få skabt motivation og ejerskab blandt trænerne. Hos ADHD-foreningen oplever man en høj grad af motivation blandt trænerne:

ADHD-foreningen: Jeg tror, mange af dem [trænerne] også synes, at det giver dem rigtig meget personligt, det der med at se udviklingen hos forældrene, se hvordan de får sådan glæden tilbage i øjnene og rykker tættere på hinanden og fortæller alle de der gode historier hjemmefra, ikke, det tror jeg også er noget, de virkelig kan bruge personligt. Og så selvfølgelig også, mange af dem tager de erfaringer med sig i deres arbejdsliv. Så de virker altid glade for at have undervist, jeg synes, det er sjældent, at jeg hører sådan, puh, det var en hård omgang, det har drænet mig, det tror jeg faktisk ikke, at jeg har hørt.

Det er sjældent, at en træner falder fra et igangsat undervisningsforløb. Det er primært noget, ADHD-foreningen har oplevet, hvis der sker ændringer i en træners personlige liv – fx at der opstår sygdom i den nærmeste familie. I et sådant tilfælde kan en tidligere træner godt finde på at træde til, bl.a. fordi de tidligere har set, at de gør en forskel for forældrene. På den måde sikres det, at der altid er to trænere til et hold.

Interviewene med trænerne selv afspejler også en høj grad af motivation. Allerede når de tilmelder sig som frivillige, har de en særlig interesse i metoden eller målgruppen og har lyst til at arbejde med KiK. De havde allesammen en faglig interesse i at uddanne sig som trænere, mens en enkelt også havde erfaring med ADHD i sit personlige liv. Ved tilmelding havde de alle en forventning om enten at få mere viden om målgruppen eller at få konkrete redskaber, som også kan bruges i deres arbejde.

Træner: Det var, at jeg har arbejdet med det her område med de her diagnoser i mange år, og jeg synes, det er et vanvittigt spændende område, og det er mennesker, der rønder ind i nederlag på nederlag på nederlag, fordi de ikke møder den forståelse, de har behov for. For rigtig mange af dem har masser af ressourcer til at blive selvhjælpende og få et værdigt liv, men mange gange, så løber de panden mod muren, når de søger hjælp, fordi der er ikke – min oplevelse er, at det er begrænset, hvor mange der rent faktisk ved, hvad ADHD er og forstår det behov, det medfører for støtte og forståelse fra deres omgivelser. Og det gælder ofte myndigheder, og det gælder egentlig generelt. De bliver mange gange set som uopdragne, hvis man kan sige det sådan, og grænseløse. Og det er jo slet ikke det, det handler om. Så det er, fordi jeg brænder for området.

Trænerne tager i høj grad ansvar i forhold til at gennemføre alle træningsgange og har en høj grad af ejerskab over for metoden, som de har en oplevelse af virker. Flere af trænerne fremhæver, hvordan de konkret oplever på forældrene, at det har gjort en forskel i deres liv, og at det blot er endnu en motivationsfaktor for at fortsætte med at arbejde med metoden.

Interviewer: Hvad er din motivation for at gøre det igen [gennemføre et træningsforløb]?

Træner: Jamen, det synes jeg helt klart er – i det forløb her, der gik det op for mig, hvor meget det egentlig betød for forældrene, hvor meget det betød for deres hverdag, hvor meget de egentlig ændrede i deres hverdag. Vi kunne jo nærmest se fra gang til gang, hvordan forældrene de blev mere og mere glade, og altså hvordan de brugte de her redskaber, nu er det jo egentlig et ret enkelt program, med nogle ret enkle redskaber, ret enkle råd. Og det var forholdsvis nemt for forældrene at implementere noget af det her i deres dagligdag, altså i hvert fald det meste af det, ikke. Og de så forandringer på børne-

ne med det samme. Så det var klart min motivation for at gøre igen, og så synes jeg bare, det er enormt spændende. Jeg følte, at jeg fik lige så meget ud af det, som jeg gav.

Medarbejderne oplever altså indsatsen som meningsfuld, fordi de helt konkret kan se forandringen blandt forældrene på kurset. ADHD-foreningen spørger alle trænere, efter at de har gennemført et undervisningsforløb, om de har lyst til at gennemføre endnu et forløb på et senere tidspunkt og dermed blive en del af ADHD-foreningens trænerdatabase. Selvom alle de trænere, vi har talt med, har sagt ja til at tage endnu et forløb, fremhæver en enkelt træner, at tiden, der skal afsættes til at gennemføre et forløb, vil få ham til at overveje det en ekstra gang. I ADHD-foreningen oplever man, at det kan være svært at få trænerne til at gennemføre endnu et forløb. Det gør sig særligt gældende, hvis tidspunktet for kurset fastsættes af ADHD-foreningen. Ændrede livsbetingelser nævnes ofte som årsag, når de igen kontaktes af ADHD-foreningen.

ADHD-foreningen: Men når man så, du ved, ringer og spørger dem, så er de jo tit blevet ramt af livet med, at de har fået et lederjob, eller de er flyttet eller har fået børn, eller de er blevet skilt eller blevet syge. Så på den måde skal man også have mange at tage af, det er ikke, fordi de ikke vil, de siger altid, at de vil rigtig gerne blive stående, vi må rigtig gerne spørge dem på et andet tidspunkt, så det er sådan lidt begge dele. Der er en rigtig stor velvilje, men det er jo også en stor opgave at sige ja til, ikke.

ADHD-foreningen beskriver selv, at fleksibilitet omkring kursustidspunktet kan imødekomme udfordringer med at få trænere til at stille op igen. Overordnet set er motivationen efter et gennemført forløb altså høj, og der er stor villighed til på ny at tage ansvar for et KiK-forløb.

2.3.1.2 PMTO

I flere af kommunerne er der undervejs i projektet sket en udskiftning i ledelsen. Derfor har den nuværende ledelse ikke nødvendigvis været en del af beslutningsprocessen og har som følge heraf ikke et indgående kendskab til bevæggrundene for at træde ind i projektet. Vi ser dog overordnet, at kommunernes motivation særligt har været at udvide målgruppen, så den også inkluderer unge over 12 år med ADHD. En leder fortæller;

Leder: Min slutning er meget, at de her systematiske tilgange giver mening, bl.a. fordi det er nogle, hvad skal man sige, godt tænkte pakker, også fordi der er den systematik i det hele taget i at arbejde med det, og det giver en god struktur og laver fremdrift, og hvad skal vi sige, til at skabe håb og perspektiv i indsatsen. Så når en metode er udviklet til, altså som PMTO, til aldersgruppen lige under, så er det nærliggende at tænke, at hvis man justerer på nogle relevante marginaler, så vil det også kunne gøre nytte på andre aldersgrupper. Og man kan sige, når vi nu har gjort den ulejlighed at dygtiggøre os inden for det her, så er det nærliggende at få det med, at de også kan nyttiggøre det i aldersgruppen, der ligger lige over.

Fordi kommunerne allerede er velbevandrede i metoden og har positive erfaringer med PMTO til yngre børn, ser de projektet som en oplagt mulighed for at få redskaber til at arbejde med de lidt ældre børn med ADHD. Det ser altså ud til, at beslutningen om at træde ind i projektet lettes af, at man som kommune ikke skal i gang med noget helt nyt, men at man med forholdsvis få ændringer potentielt kan få et udbytte. En anden leder fortæller i forlængelse heraf, at de mange midlertidige projekter, der kan være på det sociale område, kan betyde, at man ofte skifter vinkel i arbejdet. Det kan ifølge lederen påvirke motivation i negativ retning – bl.a. fordi man ikke kender det fremtidige perspektiv. Lederen vil derfor hellere prioritere udviklingen af driften, og her har indeværende

projekt fungerer bedre end de fleste andre projekter, fordi det har fungeret som en udvikling eller en "forfinelse" af en drift, de allerede har.

Alle kommuner havde i forvejen metoder, som de brugte til børn over 12 år, men PMTO til teenagere og børn med ADHD kan ifølge lederne stadig bidrage med noget til kommunens eksisterende tilbud. En leder fremhæver det positive aspekt i, at der ikke er en begrænsning i forhold til alderen, og at man derved i højere grad kan fokusere på problemstillingen. Derudover tilbyder PMTO mere systematik i arbejdet med de lidt ældre børn. En anden leder lægger desuden vægt på, at det er en motivation at have nogle virkemidler, som er tydelige, velgennemprøvede og veldokumenterede.

Nogle kommuner, men ikke alle, har involveret terapeuterne i beslutningen om at træde ind i projektet. Der har ikke været tvivl fra ledelsens side om, at terapeuterne kunne løfte opgaven, fordi de allerede er erfarne inden for PMTO. Ledelsen har ikke haft fokus på at arbejde med motivering af terapeuterne. Det hænger muligvis sammen med, at de i forvejen oplever, at der er en høj grad af motivation blandt dem, og at ingen af kommunerne oplever problemer med at fastholde terapeuterne i projektet. En leder fortæller:

Interviewer: Er det noget, I har gjort noget for, at få spredt engagement og følelse af ejerskab hos medarbejderne?

Leder: Jamen, vi har nogle medarbejdere, som har valgt at blive uddannet PMTO, og som har været med til at bygge det op over år. Så jeg tænker, de er meget engagerede i det og har et ejerskab for det. De kan godt lide at udvikle også, både i deres egen faglighed, men også at være med til at udvikle noget nyt, det tror jeg, de synes var fedt at få lov til.

En leder vurderer, at det vigtigste er, at de resterende medarbejdere ikke står i vejen for, at terapeuterne kan arbejde med metoden. Lederen oplever, at medarbejderne på myndighedssiden har erfaring med, at både evidensbaserede og ikke-evidensbaserede praksisser kan være gode, og at der tit blandt kolleger er en stor anerkendelse af evidensbaserede metoder:

Leder: Altså det at give to så erfarne familiebehandlere muligheden for at udfolde deres fremragende terapeutiske praksis, på endnu en PMTO-sk arena, det er nærmest bare at give dem en gave.

Der er en stor tillid til terapeuternes kompetencer og faglighed, hvilket er gennemgående for, hvordan man har været organiseret i kommunerne. I ovenstående citat fremhæves det, hvordan terapeuternes deltagelse i projektet kan betragtes som "en gave" til terapeuterne selv og ikke udelukkende anses som en investering for kommunen. Vi ser da også blandt terapeuterne, at de i høj grad er motiverede for at arbejde med PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd. Motivationen udspringer bl.a. af en faglig interesse i at videreudvikle praksis, ligesom terapeuternes tidligere erfaring er, at der mangler redskaber til de lidt ældre børn. Efter at de har arbejdet med det ekstra modul, er deres motivation for at arbejde med metoden ikke blevet mindre, fordi de netop oplever, at det ekstra modul giver nogle nye redskaber til at arbejde med børn over 12 år.

Interviewer: Hvordan ser du fremtiden med PMTO-indsatsen til den her målgruppe?

Terapeut: Det synes jeg bestemt ser lovende ud. Som jeg sagde før, jeg har altid været klar over, at PMTO, det er godt til børn med ADHD, det er der ingen tvivl om, det har vi hele tiden, du kan næsten ikke finde et tilbud eller et tiltag, der er bedre, tænker jeg, men jeg er rigtig positivt overrasket over, at vi også kan bruge det i forhold til teenagere

på den måde her, det er, jeg er faktisk selv sådan lidt overrasket over, at det er lykkedes så godt.

At terapeuterne har fået uddannelsen og har flere års erfaring gør, at de er dem der ved mest om PMTO i kommunen. Netop fordi de har denne ekspertviden, er det flere steder (ikke alle) terapeuterne der i praksis har det reelle implementeringsansvar, selvom ansvaret for implementering formelt set ligger hos ledelsen. En leder fortæller;

Interviewer: Hvem har haft implementeringsansvaret, overordnet?

Leder: Det har egentlig de involverede PMTO-terapeuter, og det hænger også sammen med, at det er et par særdeles erfarne PMTO-damer, så, hvad skal man sige, har jeg sagt, at jeg ikke vil blande mig mere i det, det er mere en forstyrrelse. Altså, det er nogle af de folk, der har været med til at indføre PMTO og udvikle det på alle mulige leder og kanter, gruppetilbud og motivationen med PALS [en pædagogisk model] og så videre, så de ved sgu alt om PMTO, og muligheden for at få lov til at eksperimentere med, hvad det kan på teenageområdet, det er bare mere inspiration til dem, og mere udfoldelsesrum for deres PMTO-engagement. Så det har jeg egentlig bare skullet lade være med at stå i vejen for.

Selvom en del af terapeuterne ikke oplever det som forstyrrende, at der ikke er stor ledelsesmæssig bevågenhed, giver nogle udtryk for, at de godt kunne ønske sig en større opmærksomhed på projektet fra ledelsens side. Terapeuterne har ikke efterspurgt ledelsesmæssig understøttelse til den faglige del, men derimod ledelsesmæssig understøttelse i forhold til en prioritering af projektet og det, at deres arbejde er synligt for ledelsen. Et mindre ledelsesmæssigt fokus kan give terapeuterne ansvaret for at gøre opmærksom på projektet. En terapeut fortæller:

Interviewer: Hvem har haft det ledelsesmæssige ansvar ift. implementeringen?

Terapeut: Godt spørgsmål. Hvis du spørger mig, vil jeg sige, det har vi selv. Det har været op til vores ansvarlighed ift. os medarbejdere at sige, kommunen er gået ind i det her projekt, og hvis det skal bæres i mål, så er det os, der skal gøre det.

Interviewer: Og hvordan har det fungeret?

Terapeut: Jamen, det synes jeg har fungeret, fordi jeg tænker, vi er ansvarlige kollegaer, men det har også indimellem været slidsomt. Det med, at du bliver bedt om noget af en leder, og så bagefter står du et halvt år efter og skal forsvare, at man bruger tid på det overfor en ny leder. Nu har jeg været i gamet så mange år, så det er ikke sådan, at man falder ned af stolen af det, men det er ikke hensigtsmæssigt.

Manglen på ledelsesopbakning tager flere steder sit udspring i en udskiftning i ledelsen og bliver et prioriteringsspørgsmål. Fx ser vi i forbindelse med et lederskifte, at ejerskabet ikke er det samme hos den nye ledelse og derfor ikke får samme opmærksomhed. En leder fremhæver, hvordan indeværende projekt har været ét blandt mange og derfor er kommet til at leve en "skyggetilværelse". Her har terapeuterne skullet kæmpe lidt for at få ledelsens opmærksomhed på projektet.

2.3.1.3 M-SKP

Motivationen for at træde ind i projektet afhænger af den enkelte kommune, men det kan fx være et ønske om at skabe et samarbejde på tværs mellem forskellige forvaltninger og afdelinger eller

at blive mere målrettet og skarpere i forhold til at arbejde med målgruppen. Vi ved ikke, i hvor høj grad medarbejderne har været inddraget i beslutningen om at arbejde med indsatsen i de forskellige kommuner, men nogle steder ser vi, at medarbejderne ikke aktivt har valgt at involvere sig, men i højere grad har fået tildelt opgaven. På baggrund af det indsamlede materiale ser det ud til, at det er gået godt med at fastholde mentorer/kontaktpersoner, men det har nogle steder været svært at opretholde motivationen blandt dem. I en af kommunerne har man prøvet at motivere mentorerne/kontaktpersonerne ved jævnligt at snakke både om, hvorfor de som kommune gået med i projektet, og at de har forpligtet sig og derfor må se på, hvilke af anbefalingerne der kunne være brugbare, så erfaringerne kan bruges fremadrettet.

I datamaterialet ser vi ingen modstand mod M-SKP-modellen, men i nogle kommuner har det været svært at se forskellen på det arbejde, man som mentor/kontaktperson allerede udfører, og M-SKP-modellen. I én kommune har der været meget frustration blandt medarbejderne, som ikke forstod, hvad projektet skulle gøre godt for, fordi de allerede gør mange af tingene i forvejen. Som tidligere nævnt har det betydning for motivationen og ejerskab, hvorvidt medarbejderne oplever metoden som meningsgivende. I en af kommunerne ser vi, at motivationen var stor i begyndelsen, og at man glædede sig til at skulle i gang med noget nyt. Men over tid dalede motivationen, fordi man havde en oplevelse af, at indsatsen/modellen ikke kunne løfte opgaven, som man havde haft en forhåbning om.

I hvor høj grad man oplever metoden som meningsgivende, kan også være afhængig af, hvilket område man beskæftiger sig med. Motivationen blandt medarbejderne i en kommune er ikke nødvendigvis den samme på tværs af afdelinger. Det kan afhænge af, hvor store udfordringer der er med at realisere anbefalingerne i forhold til den lovgivning, medarbejderne sidder med på deres specifikke område. En medarbejder fra metodeleverandøren oplevede i én kommune, at medarbejderne var langt mere motiverede på området for sociale indsatser end på beskæftigelsesområdet. Hvis medarbejdere og deres nærmeste leder ikke længere oplever, at arbejdet giver mening – enten fordi de ikke kan skelne mellem projektet og den eksisterende praksis, eller fordi de ikke kan se de resultater, de havde håbet på – er det svært at opretholde et ejerskab til metoden. Derfor er der risiko for, at fideliteten falder, og at man ikke længere føler sig forpligtet til at følge modellens anbefalinger i samme grad.

I tråd hermed ser vi et tilfælde, hvor opgaven bliver uoverkommelig, fordi en tovholder fandt det for svært at leve op til det, der krævedes i forbindelse med implementeringen af M-SKP-modellen. Motivationen for at fortsætte forsvandt derfor helt, og opgaven blev overleveret til en anden. Udskiftning af personale er et aspekt, der fremhæves af metodeleverandørerne. De kender ikke nødvendigvis til årsagerne bag udskiftningerne, men for dem betyder det, at det er svært at bibeholde viden om projektet i kommunen. Ejerskabet over for modellen har nogle steder været udfordret af, at der sker større eller mindre omstruktureringer, hvor tovholderen, sagsbehandlere eller mentorer, som er tilknyttet projektet, er blevet udskiftet flere gange. I en af kommunerne har man fx haft 3 forskellige tovholdere i projektperioden. Den udskiftning har betydet, at metodeleverandøren har været ude og formidle projektets formål og metode fra bunden flere gange. Hvis der ikke er en tovholder med tiltrækkelig viden om projektet, er det svært at oparbejde et ejerskab over for implementeringen af modellens anbefalinger. I det tilfælde vil fortsættelsen af arbejdet være afhængig af den eksterne metodeleverandør.

Både kommuner og metodeleverandørerne giver udtryk for, at det er en udfordring for kommunerne, at de ikke får tilført midler i forbindelse med projektet. De skal derfor indpasse opgaverne uden ekstra tid som en del af deres daglige praksis. Det betyder, at metodeleverandørerne oplever, at det er begrænset, hvilke krav, de kan stille til kommunerne. De har forsøgt at motivere dem gennem ind-

dragelse i form af løbende dialog om, hvordan kommunerne selv mener, de kan få det bedste ud af forløbet. På trods af det oplever metodeleverandørerne, at det kan være udfordrende at fastholde kommunernes fokus. Det kan resultere i, at støttekontaktpersoner og mentorer oplever, at det bliver en opgave, som skal varetages som noget ekstra i forhold til deres eksisterende opgaver, og at der reelt set ikke er tid til det. Når der ikke medfølger ekstra ressourcer til at gennemføre projektet, er det op til ledelsen i den enkelte kommune at beslutte, hvor mange ressourcer der kan allokeres, og hvor meget tid der skal bruges. Det kan skabe variation i kommunernes forudsætninger for en succesfuld implementering. Derfor bliver det væsentligt, at ledelsen bakker op om projektet, hvis det skal blive en realitet. Metodeleverandørerne oplever, at det har været svært at opnå denne ledelsesopbakning, fordi projektet udgør en meget lille del af kommunernes arbejde. I en af kommunerne, hvor der ikke har været ejerskab fra den øverste ledelse, har det haft den konsekvens, at det har været svært få et mere bredt samarbejde op at stå på tværs af arbejdsområder.

Graden af motivation og ejerskab varierer altså på tværs af de tre indsatser. I KiK var motivationen høj blandt de frivillige trænere. I PMTO var terapeuterne motiverede og oplevede ejerskab for indsatsen, men det var i mindre grad tilfældet blandt deres kommunale ledere, som ikke havde så meget fokus på indsatsen, som nogle terapeuter efterspurgte. I M-SKP var motivationen og ejerskabet i nogle kommuner udfordret af et pres pga. manglende ressourcer og af, at man ikke kunne skelne mellem M-SKP-metoden og de andre tiltag, der allerede eksisterede på området. I det følgende ser vi på de forberedelser og tilpasninger af organisationen, der blev foretaget for de tre indsatser.

2.3.2 Forberedelse og løbende tilpasning af organisationen

Analysen viser, at der er stor variation i, hvordan man har forberedt implementeringen af de tre indsatser. Den organisatoriske understøttelse er vigtig for at muliggøre implementeringen i en konkret praksis. Det handler om, at man tænker indsatsen ind i den kontekst, den skal foregå i, og derved sikrer, at de nødvendige tiltag bliver gennemført, så forandring bliver mulig. Det kan fx handle om, at man sørger for, at koordineringen mellem relevante samarbejdspartnere glider let, eller at helt lavpraktiske ting er på plads, så medarbejderne har de rette forudsætninger for at kunne gennemføre implementeringen tilfredsstillende (Esbjerg, 2014; Fixsen 2005). I følgende afsnit ser vi, hvilke tiltag, man har gennemført fra ledelsesmæssig side for at forberede og understøtte implementeringen.

2.3.2.1 KiK

Som tidligere beskrevet adskiller KiK sig fra de to andre indsatser ved ikke at skulle integreres i en eksisterende organisation. De implementeringsansvarlige hos ADHD-foreningen fortæller, at de internt i foreningen har fået opbygget en rutine, så processen nu er blevet mere professionel og effektiv. Implementeringen er blevet meget mere struktureret, fordi man har fået mere øvelse, og fordi man har skullet igennem så mange forløb på én gang. På den måde er der internt i foreningen blevet opbygget flere og bedre kompetencer i forhold til implementeringen af KiK.

De organisatoriske tilpasninger i forhold til KiK omhandler i dette afsnit det eksterne samarbejde, som ADHD-foreningen har haft med de steder, hvor kurserne blev afholdt, og de 3 kommuner, som foreningen har haft et konkret samarbejde med. Fokus vil være på, hvordan man har forberedt og informeret kommunerne, samt om de rette forudsætninger har været til stede, for at trænerne kunne gennemføre træningsforløbene.

Samarbejde med kursussteder

ADHD-foreningen har til opgave at sørge for at have forberedt de praktiske omstændigheder omkring lokaler og forplejning i de områder, hvor kurserne afholdes. Foreningen fortæller, at de en-

gang imellem oplever små forhindringer, fx at der har været musik i lokalet ved siden af det lokale, hvor undervisningen skulle foregå, eller at maden ikke har været klar til tiden. Men det er noget, de plejer at kunne løse. Blandt trænerne er der en oplevelse af, at de praktiske omstændigheder omkring KiK-kurserne har fungeret godt. En af trænerne fortæller:

Træner: Og på det første forløb der (...) havde vi nærmest personlige tjenere også, der sørgede for mad og projektor og afrydning og opvask og kaffe og altså, det var de lokale fra ADHD-foreningen, der kom og gjorde det. Og anden gang, der var vi så et sted, hvor der var vi på sådan et aktivitetscenter, hvor det blev gjort for os, der var ikke ret meget alt muligt praktisk, vi også skulle sørge for at tage stilling til og få styr på. Der bliver man rigtig godt hjulpet og alt andet lige, så er det jo rigtig dejligt, når man skal stå for sådan noget, når man ved, at alt det udenom, det er i orden.

Ingen af de trænere, vi har talt med, har oplevet, at de har været begrænset i deres implementering af KiK, når det kommer til de praktiske omstændigheder omkring træningen.

Samarbejde med kommuner

Der lå fra starten en aftale mellem ADHD-foreningen og de tre deltagerkommuner om, at kommunerne skulle hjælpe med rekrutteringen af forældre til KiK. ADHD-foreningen ville til gengæld holde et oplæg for de kommunale medarbejdere. Formålet med det faglige oplæg var, med udgangspunkt i KiK-metoderne, at brede tanken om målgruppens behov ud til de fagpersoner, som barnet eller forældrene møder i deres hverdag. På den måde ville fagpersonerne få mulighed for at få samme tilgang/udgangspunkt, som det forældrene får gennem KiK-kurserne. ADHD-foreningen lod det være op til kommunerne selv at bestemme, hvilke medarbejdere og faggrupper der skulle inviteres. I en kommune var der kun 12 deltagere til oplægget, som primært var pædagoger, der var tilknyttet kommunens børnehaver. I en anden kommune havde man 50 deltagere på tværs af børneområdet, mens der i den sidste kommune var hele 85 deltagere, som var fordelt på mange forskellige faggrupper, fx psykologer, familiekonsulenter, børnehavepædagoger og SFO-personale. Alle tre kommuner fik desuden mulighed for at tilvælge et borgermøde, hvor ADHD-foreningen ville komme og fortælle om KiK, men kun én af kommunerne valgte at gøre brug af dette tilbud. Borgermøderne var tiltænkt rekruttering af forældre, hvor dørene blev åbnet for alle interesserede.

Tidligere undersøgelser peger på vigtigheden af, at man under planlægningen sørger for at mobilisere interesse. Det er vigtigt, at der er opbakning blandt de nødvendige nøglepersoner for at sikre en god implementering (Adelman & Taylor, 2003; Denton, Vaughn & Fletcher, 2003). Noget tyder på, at der er blevet skabt større ejerskab i de to kommuner, hvor det har været prioriteret, at medarbejderne bredt skulle inddrages og informeres om KiK-kurset og ADHD generelt. Det ses afspejlet i processen omkring rekrutteringen, hvor disse to kommuner har været meget aktive i forhold til rekrutteringen. I den sidste kommune har ADHD-foreningen ikke kunnet mærke forskel i forhold til, hvordan rekrutteringen normalt forløber, når de ikke har noget konkret samarbejde med kommunerne, men i højere grad har stået alene med ansvaret for at rekruttere forældre. Overordnet set kan et velfungerende samarbejde, hvor begge parter forpligter sig, altså lette ADHD-foreningens arbejde:

ADHD-foreningen: Jeg har ikke skullet gøre så meget benarbejde for at få holdene fyldt op, som jeg skulle steder, hvor de ikke hjalp. Og det er mest i forhold til, at de steder, hvor vi ikke har haft et kommunesamarbejde, så har jeg jo siddet og været opsøgende på, hvad hedder de her skoler, hvad er deres mailadresse, hvordan får jeg sendt det ud, hvad er det for nogle daginstitutioner, hvem er mine kontaktpersoner, og få sendt det ud. Så det er jo et spørgsmål om arbejdsindsats herindefra i forhold til rekrutteringen, som er noget nemmere, når kommunerne giver en hånd med. Plus at de også

ved, altså ved, at jeg tror, der er forskel på dem, det er, at de steder, hvor kommunerne har haft en finger med i spillet, har de måske også målrettet det lidt mere de her steder, hvor de ved, der er forældre til børn med ADHD.

Som ADHD-foreningen pointerer, er det også muligt, at inddragelsen af kommunale medarbejdere hjælper til at nå ud til en bredere målgruppe, end hvad ADHD-foreningen selv formår, fordi medarbejderne netop sidder inde med en mere konkret viden om, hvor der kunne være nogle relevante familier at tilbyde et kursus. Når medarbejderne i kommunerne inddrages på denne måde, kan det desuden være med til at afværge nogle af de misforståelser, der kan opstå i forbindelse med tilmeldinger til kurset. ADHD-foreningen oplever, at de en gang imellem bliver kontaktet af fx sagsbehandlere, som ønsker at tilmelde en familie eller reservere en plads på et kursus –men det er udelukkende forældrene selv, der kan tilmelde sig. En medarbejder fra ADHD-foreningen fortæller:

ADHD-foreningen: Men ellers, så synes jeg faktisk, det var rigtig godt at have kommunerne med inde over, og oplevede heller ikke, det gjorde jeg så nogle af de andre steder, at de ringer og vil have oplysninger om nogle af dem, der er på deres kurser, fordi vi har jo så sendt ud til AKT og til lærere og forskellige folk i kommunen, for ligesom at sige, vi har det her, og hvis I har nogen, I kunne have lyst til at sende ud til, så må I rigtig gerne reklamere for det. Og det har vi gjort, uanset om vi havde en samarbejdsaftale med dem eller ej. Og der er der faktisk nogle kommuner, der har ringet eller skrevet og sagt, "vi vil gerne have den her familie på", jamen, det kan I så ikke, fordi det er fyldt", "jamen, det vil vi gerne". Eller de vil have nogle oplysninger om, "er den her person kommet på?" Det må I snakke med forældrene om, det vil jeg ikke oplyse om.

At der informeres bredt ud kan dermed give nøglepersoner den rette viden om tilbuddet, hvad det indebærer, og hvordan processen omkring tilmelding forløber. Dermed formidles den rette information videre til de forældre, som kunne være interesserede i at deltage.

2.3.2.2 PMTO

Forberedelser til implementeringen af den udvidede PMTO-indsats, som også omfatter børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd, har været meget begrænsede. Kommunerne har alle flere års erfaring (3-12 år) med at arbejde med PMTO til børn i alderen 4 til 12 år, og fordi modulet er en overbygning til den eksisterende PMTO, har man allerede organiseret sig i forhold til indsatsen i kommunerne. Der er altså næsten ikke iværksat nogen nye tiltag eller tilpasninger. Implementeringen er i stedet gledet ind i de eksisterende strukturer i organisationerne.

Leder: Vi har en fast måde at introducere det på, vi har en fast struktur omkring PMTO. Så det er ikke på den måde nyt for os, hvordan skal vi afholde forsamlinger, hvordan indkalder vi og starter op. Det er slet ikke noget problem for os, det har vi ikke skullet forberede på den måde, for det er så forankret i vores center. På den måde har vi ikke haft den ekstra planlægning oven i.

Det, vi ser, er, at implementeringen glider forholdsvis let, fordi man allerede har udviklet en praksis for PMTO i kommunerne. Det eneste, der fremhæves som en organisatorisk ændring, omhandler visitationen, hvor man har sørget for at informere relevante medarbejdere i forhold til, hvad de skal kigge efter, før en ung skal visiteres til projektet. De terapeuter, vi har talt med, giver heller ikke udtryk for, at de oplever organisatoriske eller strukturelle begrænsninger under implementeringen. Som en af terapeuterne pointerer, har man ledelsesmæssigt gjort en masse for at implementere PMTO tidligere, men man har ikke gjort noget yderligere i forhold til indeværende projekt:

Terapeut; Ja, men der er stort set ikke brugt krudt overheadet på det, i modsætning til da vi fik PMTO implementeret, da var det, der blev det implementeret på leder-, direktør- og politikerniveau. Der var det kæmpestort arbejde. Men det har det overheadet ikke været på det her.

En stor del af den organisatoriske forberedelse, som har hjulpet implementeringen af det ekstra PMTO-modul på vej, er sket langt tidligere end dette projekt, og der har dermed ikke været behov for at foretage yderligere tilpasninger.

2.3.2.3 M-SKP

I implementeringen af M-SKP-modellen har der været en række ambitioner om strukturelle tilpasninger af organisationen, som man ikke er lykkedes med i praksis. Det er en tydelig tendens på tværs af datamaterialet, at der har været store udfordringer med at arbejde med modellen på tværs af forvaltninger/afdelinger. Det gælder helt konkret socialområdet (børne- og ungeområdet) og beskæftigelsesområdet, som lovgivningsmæssigt ikke er lige kompatible med anbefalingerne i modellen. Det betyder, at man i nogle kommuner ikke er kommet i gang med at benytte modellen på tværs af organisationen, men fx kun er startet op på socialområdet. I en af kommunerne havde man en ambition om, at samarbejdet på tværs kunne hjælpes på vej ved, at ressourcerne kunne lægges i en fælles pulje. Man håbede også at kunne kombinere børne- og ungeområdets- og beskæftigelsesområdets metoder, så der ikke blev skelnet så meget mellem, hvilket regi, den unge skulle indgå i. Det har imidlertid ikke kunnet lade sig gøre, fordi man har haft forskellige beføjelser, som ikke kunne forenes på grund af forskellig lovgivning i forvaltningerne og på grund af den måde, økonomien er opdelt på. Metodeleverandørerne fremhæver, hvordan de oplever, at det kan være svært at få forskellige forvaltninger og afdelinger til at tale sammen rent juridisk. De oplever, at nogle anbefalinger i modellen kan være svære at håndtere i forhold til den lovgivning, forvaltningen eller afdelingen sidder med. Fx oplever metodeleverandørerne en særlig problematik i forhold til økonomien. Metodeleverandørerne har forsøgt at opfordre kommunerne til at sørge for, at der hurtigt kan frigives ressourcer til fx at tage i biografen med barnet/den unge, så systemet virker mindre tungt for den unge. Det er særligt en udfordring på beskæftigelsesområdet. En tovholder fremhæver i den sammenhæng, at det er nødvendigt at få ledelsen med højere oppe, hvis man skal lykkes med at lave en tværgående indsats, hertil er opgaven for stor på det niveau, de opererer på. Der er altså nogle grundlæggende strukturelle omstændigheder i forbindelse med en opdelt økonomi, som kan spænde ben for en succesfuld implementering af modellen. Man har dermed ikke formået at foretage de nødvendige tilpasninger fra ledelsens side og sørget for, at medarbejderne har haft de rette forudsætninger og rammer for at kunne arbejde på tværs af områder.

I tråd hermed er en af anbefalingerne i modellen, at man etablerer et tværgående konversionsforum. I nogle kommuner eksisterer det allerede, og det har derfor fungeret fint, men andre steder er der plads til forbedring. Noget, der ser ud til at være afgørende for et tværgående konversionsforum, er, hvordan forvaltningerne/afdelingerne er organiseret rent fysisk. Hvis man sidder under samme tag, er der bedre forudsætninger for at koordinere og kommunikere på tværs. Det er i højere grad en udfordring, hvis de forskellige dagområder er placeret forskellige steder.

Ud over de mere overordnede og organisatoriske begrænsninger ser vi også, at det kan tage lang tid at udarbejde procedurer for og tilpasninger af anbefalingerne i modellen. Metodeleverandørerne fortæller, hvordan man i én af kommunerne er kommet meget sent i gang med selve implementeringen, fordi det har krævet et stort forarbejde at udvikle procedurer for, hvordan anbefalingerne skal føres ud i praksis. Man har derfor brugt det meste af implementeringsperioden på at mødes og tale om, hvordan anbefalingerne skulle realiseres, og hvordan man kan gøre det tydeligt for den enkelte mentor, hvad de skal gøre. Derfor har man kun haft meget få unge gennem et forløb.

Desuden er modellen ikke møntet på en bestemt paragraf, men favner bredt, når det kommer til målgruppen. Derfor kræver anbefalingerne også, at man udarbejder tilpasninger, afhængig af hvilken gruppe, man skal arbejde med, fordi der følger forskellige lovgivninger med.

Analysen viser overordnet, at det er forskelligt på tværs af de tre indsats, hvordan man har forberedt og løbende tilpasset organisationen. I KiK har man ikke skullet tilpasse indsatsen ind i en kommunal organisationsstruktur. De samarbejdsrelationer, ADHD-foreningen har haft med kursusstederne og kommunerne, har overordnet set fungeret godt, selvom samarbejdet med én af kommunerne har været mindre intensivt og udbytterigt end samarbejdet med de to andre. Kommunerne har ikke foretaget tilpasninger i forhold til PMTO. Det har ikke været nødvendigt, da implementeringen er gledet ind i de eksisterende strukturer i kommunerne, som alle arbejdede med PMTO til yngre målgrupper i forvejen. Med hensyn til M-SKP har kommunerne og metodeleverandørerne haft ambitioner om en række tilpasninger og ændringer, som kommunerne ikke har været i stand til at gennemføre. Det skyldes bl.a. den opdeltede forvaltnings- og afdelingsstruktur og den tid, man har brugt på at tilpasse modellens anbefalinger til den enkelte kommune.

2.3.3 Opsummering

Samlet set viser første del af implementeringsanalysen, at det er forskelligt, på tværs af KiK, PMTO og M-SKP, hvor god en ledelsesmæssig og organisatorisk understøttelse, der har været til stede under implementeringen af indsatsene.

2.3.3.1 KiK

Analysen viser, at ADHD-foreningen har fået sikret en høj grad af motivation og ejerskab blandt trænerne, som oplever, at indsatsen er meningsfuld, og at den resulterer i den ønskede effekt. Desuden har gennemførelsen af KiK-kurset motiveret trænerne yderligere, fordi de har set, hvilken forandring, deres arbejde medfører blandt forældrene. Samtlige trænere prioriterer træningen højt og har alle gennemført hele KiK-forløbet. ADHD-foreningen har desuden i høj grad formået at skabe de rette forudsætninger for trænerne, der gør dem i stand til at gennemføre KiK-kurset. De oplever, at der er sørget for alle praktiske omstændigheder, og at de blot skal tænke på at gennemføre undervisningen. Analysen viser også, at der kan være potentiale for at få fat i en bredere målgruppe, hvis man i højere grad samarbejder med kommunerne om rekrutteringen. I dag annoncerer ADHD-foreningen relativt bredt, og de rette medarbejdere i kommunen kan yderligere være behjælpelige med at opspore familier, som kommunen har kendskab til, og som kunne være interesserede i at deltage på et KiK-kursus.

2.3.3.2 PMTO

Kommunernes primære motivation for at træde ind i PMTO-projektet til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd har været, at de med forholdsvis få tiltag kan få redskaber til at arbejde med PMTO til de lidt ældre børn. Samtlige kommuner havde i forvejen metoder, som de brugte til børn over 12 år, men PMTO til teenagere og børn med ADHD kan, ifølge lederne, stadig bidrage med noget til kommunens eksisterende tilbud. Selvom ledelsen ikke har haft fokus på at motivere terapeuterne, viser analysen, at terapeuterne i høj grad har været motiverede for at arbejde med PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd fra starten. Motivationen udspringer bl.a. af en faglig interesse i at videreudvikle praksis og bliver kun større, efter at de har arbejdet metoden i praksis. Det skyldes, at de oplever, at metoden giver nogle nye redskaber. Det reelle implementeringsansvar har i nogle kommuner ligget hos terapeuterne, selvom ansvaret for implementering formelt set ligger hos ledelsen. Analysen viser, at det bl.a. hænger sammen med, at ledelsen har stor tiltro til, at terapeuterne har de rette kompetencer og kan løfte opgaven. Nogle

terapeuter giver udtryk for, at de godt kunne ønske sig større ledelsesmæssig understøttelse i forhold til en prioritering af projektet. Manglen på ledelsesopbakning kan fx skyldes udskiftning i ledelsen, hvor ejerskabet ikke er det samme hos den nye ledelse. En leder fremhæver fx, hvordan projektet har levet en "skyggetilværelse".

Organisatorisk har der været meget begrænsede forberedelser, da der i samtlige kommuner er flere års erfaringer med PMTO. Det nye modul har derfor passet ind i en eksisterende struktur.

2.3.3.3 M-SKP

Det har ikke været en udfordring at fastholde mentorer/kontaktpersoner i projektet, men det har nogle steder været svært at opretholde motivationen blandt dem. Analysen viser, at det kan være svært at se forskellen på M-SKP-modellen og det arbejde, man allerede gør som mentor/kontaktperson. Det kan have en negativ betydning for motivationen og ejerskabet, fordi det bliver svært at se metoden som meningsgivende. Ejerskabet over for modellen har også nogle steder været udfordret af, at der sker større eller mindre omstruktureringer, hvor tovholderen, sagsbehandlere eller mentorer har været udskiftet flere gange. Det har betydet, at det var svært for metodeleverandørerne at oparbejde et ejerskab for projektet, og de har været ude og formidle projektets formål og metode fra bunden flere gange. En anden større udfordring har været, at kommunerne ikke får tilført midler i forbindelse med projektet. Når der ikke medfølger ekstra ressourcer til at gennemføre projektet, er det op til ledelsen i den enkelte kommune at beslutte, hvor mange ressourcer der kan allokeres, og hvor meget tid der skal bruges. Det kan skabe variation i kommunernes forudsætninger for en succesfuld implementering. Det betyder også, at det bliver særligt væsentligt, at ledelsen bakker op om projektet. Denne ledelsesopbakning har været en udfordring for metodeleverandørerne, fordi projektet udgør en meget lille del af kommunernes arbejde. Den manglende ledelsesopbakning har haft konsekvenser for arbejdet med modellen på tværs af forvaltninger og afdelinger. Det gælder særligt socialområdet (børne- og ungeområdet) og beskæftigelsesområdet, som lovgivningsmæssigt ikke er lige kompatible med anbefalingerne i modellen.

2.4 Kompetenceopbygning og understøttelse

Denne del af analysen tager udgangspunkt i kompetencedelen i Fixsens implementeringstrekant. Kompetencedelen handler om, at de personer, som skal beskæftige sig med en ny indsats, skal have den nødvendige uddannelse og adgang til understøttelse undervejs. Det er afgørende at rekruttere de rette medarbejdere til at udføre indsatserne, da det bl.a. har indflydelse på terapeuternes metodestringens (fidelitet) og dermed på, hvordan interventionerne implementeres og udfolder sig i praksis (Fixsen m.fl., 2005, 2009). Desuden er det vigtigt at have fokus på, om der løbende er brug for yderligere kompetencetilførsel, dvs. om der er brug for understøttelse, sparring eller mere uddannelse. I følgende afsnit belyser vi derfor, hvordan medarbejderne er rekrutteret, hvilken uddannelse de har modtaget, og om de føler sig tilstrækkeligt klædt på til at arbejde med indsatsen.

2.4.1 Rekruttering af trænere, terapeuter og mentorer

2.4.1.1 KiK

I implementeringen af KiK fylder rekrutteringen af trænere en del mere end ved PMTO og M-SKP. Det skyldes, at terapeuter til PMTO og kontaktpersoner og mentorer til M-SKP primært er rekrutteret internt i den eksisterende medarbejderstab. I forbindelse med indeværende projekt har ADHD-foreningen udvidet deres trænerstab og har derfor uddannet 32 nye trænere.

ADHD-foreningen oplever at få flere ansøgere, end der er stillinger til. Alligevel kan det være en udfordring at få rekrutteret trænere i nogle landområder og derved sikre, at man kan matche et makkerpar i samme område. Fra ADHD-foreningens side vil man helst undgå, at trænere skal køre mere end en halv time for at afholde kurserne. Derfor er det nødvendigt at rekruttere trænere (minimum to), som bor i nærheden af de områder, hvor man gerne vil afholde et kursus.

ADHD-foreningen: Vi har jo lige placeret byerne, nogle af byerne lå fast på forhånd, men vi har også placeret nogle af dem efter, hvor der var trænere. Der er nogle gange, hvor vi må bede dem om at køre lidt langt. Så det er sådan set det geografiske, der er den største udfordring, synes jeg.

ADHD-foreningen annoncerer stillingerne som træner på deres hjemmeside, i deres nyhedsmail, deres medlemsblad og forskellige fagblade, fx "Psykolognyt". Interesserede ansøgere udfylder herefter et ansøgningsskema. For at man kan ansøge til stillingen som træner, skal man forpligte sig på, at man kan deltage i træneruddannelsen på et specifikt tidspunkt, samt at man kan gennemføre forældretræningen inden for en specifik tidsramme. Man forpligter sig yderligere på at følge manualen og til at arbejde sammen med en makker. Trænere skal derudover beskrive sig selv og deres syn på familier med ADHD. Ansøgningsskemaerne ses igennem af ADHD-foreningen, som udvælger en række ansøgere til et telefoninterview. ADHD-foreningen har et krav om, at trænere skal have en relevant baggrund inden for det socialfaglige, psykologfaglige eller sundhedsfaglige felt. Derudover lægges der vægt på, at ansøgerne har erfaring med målgruppen (enten fagligt og personligt), og at man har lyst og overskud til at være frivillig. I telefonsamtalen lægges der bl.a. vægt på at få afklaret ansøgers menneskesyn og syn på ADHD og på ansøgers erfaring med at arbejde med både børn og forældre med ADHD. Efter telefoninterviewet, tages den endelige beslutning om ansættelse.

ADHD-foreningen: Så kigger jeg selvfølgelig meget på det her med, om de har overskuddet til det, og hvor engagerede de er, og det er meget sådan nogle ildsjæle, vi rekrutterer, synes jeg, som fagligt kender til det område, og som brænder for at gøre en forskel for familierne, og der er også en del, der selv er berørte af ADHD, men som oftest har de haft børn med ADHD, som nu er voksne, det er sådan det typiske.

De har alle sammen en arbejdsmæssig baggrund, som giver dem kompetencerne til fagligt at kunne varetage opgaven, og samtidig har en række af trænere også personlig erfaring, som de kan byde ind med. Fx har nogle trænere personlige erfaringer som forælder, nærtstående familie-medlem eller plejeforælder.

Netop denne forskel er ADHD-foreningen opmærksom på, og foreningen arbejder bevidst med at skabe den rette match i trænerparrene, så de kan supplere hinanden på den bedste mulige måde. Der lægges vægt på, at gerne én af trænere har personlig erfaring, fordi forældrene dermed kan relatere deres egne erfaringer til trænerens eksempler.

ADHD-foreningen: Men det er ikke dem allesammen, der også har personlig erfaring, men det er som regel en rigtig god ting, fordi de så både har deres faglighed, men så også har den der personlige forståelse og brænder for det i forhold til det. Så jeg prøver gerne at sætte dem sammen [...] i forhold til, at hvis den ene ikke har personlige erfaringer, så er det godt, at den anden har, eller omvendt, nogle gange er det en ung psykolog, der ikke selv har børn, så er det rigtig vigtigt at sætte hende sammen med en, som så måske har nogle teenagebørn med ADHD.

Der lægges vægt på, at personlig erfaring kan bidrage til, at det, der formidles, opfattes mere troværdigt, og at forældrene føler sig trygge, fordi træneren selv har stået i samme situation. Det kan give forældrene håb for fremtiden:

ADHD-foreningen: At der ligesom er nogle andre, der selv har stået i det, man står i, så man virkelig kan forstå hinanden, ikke, og at de så repræsenterer noget håb, og at det der med at, mit barn har også haft det lige så svært, som jeres barn har det nu, med ikke at ville i skole og føle, han ikke har nogle venner, men nu er han 17 år, han går i gymnasiet, han har det rigtig godt, altså sådan nogle ting, det betyder rigtig meget for forældrene, i forhold til at de ser, der er håb, ikke.

På den måde bliver det lettere at tage budskabet til sig, end hvis der står en træner, som ikke kender til at have børn med ADHD.

2.4.1.2 PMTO

Der har været 2 til 4 terapeuter beskæftiget med projektet i hver af de deltagende kommuner, og de har hver kørt mellem 1 og 4 forløb. Alle terapeuterne har tidligere erfaring med PMTO, men det varierer meget, hvor lang tid de har arbejdet med metoden (ca. 3 til 13 år). Derudover praktiserer nogle af terapeuterne undervisning og vejledning for PMTO Danmark og har derfor yderligere erfaring med metoden.

Det er ikke udelukkende ledelsen i kommunen, der har haft indflydelse på rekrutteringen. VIA har i enkelte tilfælde taget den indledende kontakt til flere af terapeuterne, før kommunen var involveret i projektet. Det skyldes, at VIA skulle ansætte psykologer, som skulle medvirke i udviklingen af PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd. VIA har således lavet kontrakter med i alt tre psykologer fordelt på tre af kommunerne. I hver af disse kommuner har én af terapeuterne derfor en form for ekspertrolle og fungerer som en støtte for de resterende terapeuter i kommunen. I den sidste af deltagerkommunerne er en af terapeuterne selv underviser og fungerer derfor også som en støtte for de resterende.

Det er forskelligt, hvordan terapeuterne er ansat. De fleste terapeuter er fuldtidsansatte, men har andre opgaver ved siden af arbejdet med PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd. Enkelte terapeuter er ansat to steder, så deres arbejdstid er delt mellem fx et familiehuse og PPR. Det kan skabe udfordringer i forhold til at kunne fordybe sig i arbejdet med metoden. Rekrutteringen af PMTO-terapeuter er næsten udelukkende foregået internt i kommunen, hvor man har henvendt sig til de terapeuter, der i forvejen arbejdede med PMTO. I én af kommunerne har man ansat en ekstern psykolog, som havde interesse i projektet. Den eksterne psykolog er også PMTO-underviser og har tidligere fungeret som supervisor for medarbejdere i kommunen, hvor hun bl.a. har gennemført vejledningsdage med PMTO-terapeuterne. Hendes opgaver i forbindelse med projektet har været de samme som opgaverne for de to andre terapeuter i kommunen.

Som vi så tidligere, er det forskelligt, i hvor høj grad terapeuterne har været inddraget i kommunernes indledende beslutning om at deltage i projektet. Men i forhold til rekrutteringen fortæller de, at de selv har tilmeldt sig:

Interviewer: Hvordan blev du som medarbejder inddraget i beslutningen om, at I skulle implementere det her ekstra modul oven på PMTO?

Terapeut: Det ved jeg ikke, jeg tror, jeg så det som, at nu havde vi mulighed for at være med i det her, og det sagde vi ja tak til. Jo, også fordi, så kender jeg den ene, som er

med i projektet, som er min kollega, og det er kun os tre, som er PMTO-terapeuter i kommunen, så det var nærliggende, at vi skulle være med. - Hvordan foregik det, fik I et tilbud om at være med, blev I spurgt, eller hvordan blev I rekrutteret? Tja. Jeg tror, vi blev spurgt, vi fik muligheden.

Intern rekruttering har den fordel, at der ikke skal bruges tid på en rekrutteringsproces, samtidig med at ledelsen kender til medarbejderes kompetencer. Alle terapeuterne har en grundforståelse for metoden og har erfaring med at udføre PMTO i praksis. Alligevel er dele af implementeringen ny for medarbejderne:

Leder: Jeg tænker, det giver en vis robusthed, at man har sine grundfærdigheder i PMTO i orden, men jeg kan også fornemme på dem, at selvom de har det, så har det givet lidt kilderne i maven, det her med, at børnene har været lidt ældre. Og indimellem det der med, det man plejer at gøre, som plejer at virke med de yngre børn, det skal lige justeres ift. den ældre målgruppe.

Selvom den interne rekruttering sikrer en vis tryghed for både medarbejdere og ledelse i implementeringen, skal terapeuterne sætte sig ind i arbejdet med en ny målgruppe.

2.4.1.3 M-SKP

M-SKP-indsatsen varetages både af frivillige og lønnede medarbejdere. Hvordan man har valgt at organisere sig, afhænger af den enkelte kommune. Det er ikke alle kontaktpersoner/mentorer i en kommune, som er involveret i projektet, og der er stor forskel på, hvor mange der er beskæftiget med M-SKP-modellen. I en kommune er man fx tre kontaktpersoner i alt i én afdeling, mens en anden kommune har et team på omkring 10-12 personer på tværs af forvaltningerne, der afprøver modellen. Vi har ikke mulighed for bredt at belyse, hvordan man har rekrutteret kontaktpersoner/mentorer, men det ser ud til, at der ikke har været større udfordringer med at fastholde mentorerne gennem projektet.

Nogle kommuner benytter sig udelukkende af pædagoger, som er ansat som kontaktpersoner, mens andre benytter sig af en blanding af kontaktpersoner og frivillige mentorer eller en blanding af kontaktpersoner og privatindkøbte kontaktpersoner. Det vil sige, at nogle mentorer er professionelle, mens andre ikke frivillige. Ansættelsesformen har betydning for, hvilke beføjelser, man har. Frivillige mentorer er fx ikke forpligtede i forhold til at skulle udarbejde en handleplan for den unge, ligesom de heller ikke har nogle sanktionsmuligheder. Hvis den unge fx ikke dukker op til en aftale, vil det ikke kunne få økonomiske konsekvenser for ham eller hende. Desuden er den frivillige mentor ikke forpligtet til at arbejde på en bestemt måde og er ikke bundet af samme retningslinjer som en almindeligt ansat. Ifølge kommunerne kan ansættelsesformen også resultere i en forskel på, hvor meget der forventes af henholdsvis frivillige og ikke frivillige, ligesom der kan være forskel i, hvilke unge, de får tildelt. Kommunerne fortæller, at kontaktpersoner muligvis får tildelt sværere unge i forhold til de frivillige. Innsatsen kan alene af den grund blive meget forskellig og være mere eller mindre målrettet.

En af kommunerne benytter sig desuden i høj grad af privatindkøbte kontaktpersoner, som ifølge metodeleverandørerne har til formål at få ventelisterne ned. Under implementeringen har metodeleverandørerne ikke kontakt til disse privatindkøbte kontaktpersoner, da det vil være omkostnings tungt for kommunen at oprette et sparringsrum for dem. Derudover stilles der heller ikke et uddannelseskraft ved ansættelsen, som M-SKP-modellen ellers anbefaler. Man har derfor ikke kunnet afprøve modellen i forhold til den medarbejdergruppe.

2.4.2 Uddannelse og understøttelse

I samspil med rekruttering er uddannelse og understøttelse centrale elementer i kompetencedelen i Fixsens implementeringstrekant. Tidligere studier viser, at effekten af en given indsats er større, hvis implementeringen monitoreres undervejs (Durlak & DuPre, 2008). Derfor er det væsentligt at undersøge, hvordan (og om) der løbende følges op på arbejdet med indsatsen, og om medarbejderne har fået den nødvendige uddannelse og understøttelse undervejs. Derudover vil medarbejdere, som føler sig sikre i deres evne til at udføre indsatsen, og som har de nødvendige kompetencer, også være mere tilbøjelige til at implementere indsatsen med en højere grad af fidelitet (Durlak & DuPre, 2008). Derfor undersøger vi, om medarbejderne har oplevet, at de har været tilstrækkeligt klædt på til at udføre indsatsen i praksis.

2.4.2.1 KiK

Samtlige trænere har gennemgået en fælles træneruddannelse, som forløber over 2 weekender. På kurset fortæller ADHD-foreningen om KiK og selve det forløb, de skal gennemføre med forældrene. Derudover består kurset bl.a. af oplæg, som har fokus på ADHD hos børn, og hvordan ADHD er knyttet til arvelighed. Desuden er der fokus på rollen som frivillig på kurset, og hvordan man er igang sætter og facilitator.

Trænerne giver generelt udtryk for, at kurset har været godt og fyldestgørende, og at de er blevet godt klædt på til at udføre indsatsen i praksis. Kun enkelte ting fremhæves, som udfordrende, når træningen med forældrene skal gennemføres. Trænerne har meget forskellige baggrunde og har derfor forskellige styrker og kompetencer at trække på. En træner fortæller, hvordan han har følt sig tilstrækkeligt klædt på til at udføre indsatsen, men at hans udfordring var at skulle stille sig op og undervise. Det at skulle præsentere noget mundtligt for en gruppe af mennesker indgår ikke som en del af weekendkurserne:

Træner: Og min udfordring var jo det der med at stå og undervise ud til en mængde (..), jeg ved ikke, hvordan man øver det, men kan man øve det, ville det jo være en god idé. Jeg har aldrig prøvet det før, så det var en stor udfordring for mig, og jeg ved ikke, om man kan klædes på til det på nogle måder, eller om det er noget, man bare skal kastes ud i. Altså den første gang var jo den værste, og så gik det jo godt, og det blev bare bedre og bedre og bedre, og det er jo ens egen udvikling. Måske også individuelt, hvad baggrund du kommer med, ikke også. I forhold til jeg har været vant til at formidle og guide forældre, et forældrepar, og så lige pludselig skulle stå overfor syv forældrepar og undervise ud i et lokale. Det var en udfordring for mig. Men en fed udfordring, som jeg rigtig gerne ville udfordres i.

Træneren har altså ikke ladet sig bremse af ikke at have nogen erfaring med undervisning fra tidligere, men har i stedet taget udfordringen op. I andre situationer kan trænerne supplere hinanden i undervisningen og understøtte hinanden på de områder, hvor de ikke føler sig sikre:

Træner: Vi havde forskellige kompetencer, hvor min makker, hun har været ansat i mange år på institutionen for udsatte børn, og har meget den der praktiske følelse med, eller hvad skal man sige, praktiske erfaringer med de her børn, og har set mange børn og er enormt god i samtalen også med forældrene, hvor jeg måske mere har det der altså, det var mere sådan, hvad skal man sige, det faktuelle, som mine kompetencer. Så derfor havde vi også gjort det sådan, at selvom det hed sig at man skulle skiftes til at holde oplæg og så skiftes til at styre snakken, så havde vi faktisk gjort det sådan, at

det var det samme hver gang. Så det var mig, der holdt oplæg hver gang, og det var så min makker, som styrede hver gang.

Det samme gør sig gældende i forhold til en anden udfordring, som de fleste af trænerne nævner – det at skulle håndtere, hvis forældrene blev følelsesmæssigt påvirkede på den ene eller anden måde. I disse situationer fremhæver trænerne, at det har været helt essentielt, at de har været et makkerpar og ikke har stået alene med undervisningen. En træner fortæller:

Interviewer: Følte du dig tilstrækkeligt klædt på til at udføre den her KiK-indsats, da du startede op?

Træner: Nej, det gør man aldrig, altså jeg tænker, man har altid en smule sommerfugle i maven, når man står over for en flok forældre, og hvad er det, vi kan gøre af forskel, og kan det her virkelig – altså, kan det her virkelig batte noget, og kan man formidle det og håndtere det, der kommer, når det kommer, altså for vi havde jo en mor, der brød grædende sammen altså, ift. at hendes barn ikke ville tage medicinen, og hun havde epilepsi også, og når man så begyndte at snakke om nogle ting, så skulle man håndtere hende også, og jeg tænker, det var et fantastisk koncept, i og med at vi altid var to, at den ene kunne fortsætte dialogen og undervisningen, og så kunne man gå ud med en, der havde brug for det, en ekstra snak.

I situationer, hvor forældrene reagerer stærkt følelsesmæssigt, fungerer det derfor rigtig godt at være to, fordi den ene kan håndtere situationen med den givne forælder, mens den anden kan fortsætte undervisningen. Desuden kan det i andre situationer være en hjælp for trænerne, at de underviser en samlet gruppe af forældre med lignende erfaringer. En træner fortæller fx om en episode, hvor en far med ADHD deltog og havde *"en meget overbærende holdning til trænerne"*. Han blev meget vred, hvis trænerne var uenige med ham. Derfor forlod han sommetider lokalet, hvorefter det nogle gange var trænerne, men andre gange forældre fra holdet, der gik efter ham. Der var især en mor med ADHD, som var god til at snakke ham ned igen. At indsatsen er gruppebaseret, kan altså være en væsentlig ressource for trænerne i undervisningen.

Understøttelse

ADHD-foreningen har lagt en klar struktur for, hvordan trænerne skal understøttes gennem træningsforløbet, og dermed for hvordan man løbende arbejder med at sikre metodefideliteten;

- Trænerne kontaktes pr. telefon, når de har haft første undervisningsgang, og der spørges ind til, hvordan det er gået.
- Trænerne udfylder et selvevalueringskema efter hver træningsgang, som de indsender til ADHD-foreningen, der kigger dem igennem og ser, om der er noget, der skal tages højde for.
- Forældrene udfylder et evalueringsskema efter hver træningsgang, som også ses igennem af ADHD-foreningen. Hvis noget indikerer, at der er brug for justeringer, tages en snak med den givne træner.
- En fra ADHD-foreningen besøger et trænings-makkerpar én gang i løbet af forløbet, hvor han eller hun giver feedback til begge trænere.
- Når hele træningsforløbet er gennemført, afholder en medarbejder fra ADHD-foreningen en afsluttende evaluering over telefonen, hvor der fokuseres på, om der har været nogle særlige udfordringer, og om de har nogle tilbagemeldinger, som kan forbedre materialet og programmet.

Derudover er det altid en mulighed for trænerne at kontakte ADHD-foreningen, hvis de har spørgsmål eller oplever udfordringer undervejs. ADHD-foreningen monitorerer derfor løbende indsatsen, og kun i enkelte tilfælde oplever de, at der skal justeringer til. En medarbejder fortæller:

ADHD-foreningen: Altså selvfølgelig kan jeg nogle gange, hvis jeg har været ude at observere, synes, at en træner har gået, været for personlig, eller brugt for lang tid på noget, eller bevæget sig for meget uden for slides, eller det er meget sjældent, men det kan jo også være en udfordring, og der synes jeg, det som regel kan klares med at snakke med dem bagefter. Som regel meget imødekommende over for at gøre det så godt de kan, og som vi ønsker det.

Ud over disse løbende tilrettelser bidrager den afsluttende evaluering til, at eventuelle erfaringer kan bringes i spil i forhold til den fremtidige implementering af indsatsen.

Fra trænerens perspektiv er der en oplevelse af, at blive understøttet og hørt af ADHD-foreningen gennem træningsforløbet. De oplever, at foreningen står til rådighed, hvis der opstår tvivlsspørgsmål, eller hvis der har været praktiske udfordringer, og fortæller alle positivt om ADHD-foreningens besøg på en af træningsgangene. Om det opfølgende opkald efter første træningsgang siger en af trænerne om medarbejderen fra ADHD-foreningen:

Træner: Hun er fantastisk støttende og anerkendende hele vejen igennem, så hvis man ikke var vant til at undervise, kunne man også få støtte og hjælp til den nye rolle.

Telefonsamtalen fungerede ifølge en anden træner ikke som feedback som sådan, men var mere rettet mod at få råd eller en mulighed for trænerne til at fortælle, hvis der var problemer i forhold til forældre eller i forhold til at fremlægge materialet. Derimod fik trænerne direkte feedback, da en fra ADHD-foreningen var ude at observere en træningsgang. Trænerne oplever at få meget ud af feedbacken, og en træner fortæller, hvordan det gav hende et blik på forløbet udefra, som bekræftede hende i, at hun gjorde det rigtigt, og at forældrene tog godt imod det, hun formidlede.

Mest af alt taler trænerne dog om, hvordan de har støttet hinanden undervejs. De har brugt hinanden til at evaluere træningsgangen og til at få vendt eventuelle episoder, som er opstået undervejs. En træner fortæller, at han og hans makker var meget åbne over for at lytte til, hvad den anden havde set og oplevet, "så indimellem, hvis man kvajer sig eller gør et eller andet, man måske gerne ville have gjort anderledes, så er det rigtig godt, at der er en anden, som man kan vende det med bagefter, eller som måske ser noget, som man ikke selv var opmærksom på". På den måde kan de give hinanden feedback løbende.

Flere trænere fremhæver, at det ikke havde været en mulig opgave alene, og at det er vigtigt at have en makker at sparre med både før og efter den enkelte kursusgang. En træner fortæller fx om, hvordan en forælder en gang imellem kunne sige noget, som kom helt bag på hende, hvor hun fik en klump i halsen:

Træner: Det er for eksempel det her med, at, altså jeg har ikke lige nogen specifikke situationer, men bare det her med, at der var nogle af forældrene, som sad og sagde det her med, at de havde enormt svært ved at rumme deres barn og det, de bare allerhelst ville var at elske deres barn og rumme deres barn. Men de var også bare så fyldt op af alt muligt træls, negativt, at det var så svært for dem, ikke. Og det går lige ind, synes jeg også, når man selv er forælder. Jeg kan da godt relatere til det, men det kan jeg jo bare slet ikke alligevel i den grad der (...) Og når man står der alene og også lige skal rumme, at de siger det, ikke, og man kunne mærke den der skyld og skam, som de selv havde, der

er det sgu godt nok rart at have en makker, både som man kunne snakke med det om bagefter, men også, som lige kunne tage over, når man selv blev lidt mundlam.

Trænerne sætter altså stor pris på ikke at stå alene, men at have en makker, som man kan vende svære situationer med, og på den måde bruge hinanden som både en faglig og personlig støtte undervejs.

2.4.2.2 PMTO

Samtlige terapeuter, som deltager i projektet, har modtaget den undervisning, som varetages af VIA. Undervisningen indgik som en del af udviklingen af PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd. Processen er foregået som aktionslæring, der er en blanding af teori og en afprøvning i praksis. Der har været involveret 3 udviklere og 10 terapeuter, som har mødtes 3 gange.

Første møde var i januar 2017, hvor der blev afholdt teoretiske oplæg om, hvad ADHD er, hvad man skal være opmærksom på i forhold til målgruppen, og hvad man skal være opmærksom på i forhold til teenagere. Herefter afprøvede terapeuterne redskaberne hjemme og filmede deres praksis.

På andet møde, 3-4 måneder senere, så man terapeuternes filmklip igennem, og der var igen teoretisk oplæg om ADHD- og teenagegruppen. Her gennemgik man terapeuternes erfaringer med metoden og med forældrematerialerne og så på, hvor der var behov for tilpasning.

Tredje og sidste gang, man mødtes, var i august 2017. Her lavede man endnu en erfaringsopsamling, og der blev igen afholdt en række teoretiske oplæg.

Overordnet giver terapeuterne positiv tilbagemelding på den undervisning, de har fået af VIA. De mener, den har klædt dem på til praksis. Nogle af de ting, der fremhæves som gode, er uddannelsens opbygning, og det, at der var respekt for, at terapeuterne havde bred viden inden for bl.a. ADHD i forvejen. En terapeut fortæller:

Terapeut: Jamen, det har været sådan noget med learning by doing og dele erfaringer. Jeg synes faktisk, det har været meget respektfuldt, fordi de der er undervisere jo også er PMTO-terapeuter og kolleger, og jeg synes respektfuldt, at vi allesammen har nogle erfaringer, uanset om man står på den ene eller anden side af pulten. Og det har vi brugt. Så er der en af underviserne, der har en særlig viden om ADHD, og der er vi så blevet klædt på den vej igennem, og de to andre undervisere, jamen, de har så nogle særlige erfaringer måske, som de har delt ud. Og så har vi prøvet noget af og kommet tilbage og sagt, nu har jeg den her erfaring, og så bliver det på den måde stykket sammen. Så på den måde synes jeg, det er et rigtig godt og respektfuldt forløb, fordi man kan som gammel terapeut ellers godt komme til at føle, ja ja okay, har de nu også fundet ud af det, men sådan har det ikke været.

Generelt oplever terapeuterne, at uddannelsen har klædt dem godt på til at udføre indsatsen i praksis, men alligevel er der nogle elementer, som kan være en udfordring undervejs. Det gælder primært i forhold til den lidt ældre aldersgruppe. En terapeut fortæller fx, hvordan hun har følt sig udfordret i forhold til komponenten "grænsesætning", fordi forældrene skal lære nogle andre procedurer, når børnene er lidt ældre, sammenlignet med yngre børn;

Terapeut: Det er nogle lidt andre procedurer, man skal lære forældrene der, og jeg synes også, det kan udfordre på en anden måde, fordi de har så store børn, så på den måde er der også kommet en vigtighed i at få deres børn til at kunne se mening i måden at sætte grænser på og få dem inddraget dem lidt i, at det er sådan her, vi gør det.

Jeg synes sådan set, jeg er blevet godt nok klædt på, men derfra og så til at gå ud i praksis og få det til at fungere, det arbejder jeg med, kan jeg mærke. Ift. bl.a. den der grænsesætningskomponent.

Andre terapeuter fremhæver, at det er en udfordring at skulle inddrage den unge i forløbet, da de er vant til kun at arbejde med forældrene. Det kan særligt være en udfordring med de unge, fordi de er på vej til at blive mere selvstændige, samtidig med at de i PMTO skal blive en del af samarbejdet med forældrene. Derudover nævner flere terapeuter, at større erfaring og flere forløb vil gøre dem tryggere i forhold til at bruge PMTO til de ældre børn. Som en af terapeuterne siger, har de "kørt på vejen, samtidig med at de lagde asfalten". Terapeuten fremhæver i denne sammenhæng, at det har været godt at have en af udviklerne tæt på som kollega og sparringspartner, når der opstod tvivlsspørgsmål. Som tidligere nævnt er der i hver kommune en terapeut, som er mere erfaren end de resterende, og som derfor har en mere understøttende rolle. Netop den kollegiale sparring er noget, terapeuterne har gjort særligt brug af løbende i projektet:

Interviewer: Hvad med sådan noget som supervision, er det noget, I bruger ude hos jer?

Terapeut: Det bruger vi i form af vejledning, det skal man have, når man er PMTO-terapeut, men vi har også en smule, en smule supervision her ved siden af. Jeg ved ikke, om det er tre gange om året, det er meget lidt i hvert fald.

Interviewer: Så det er ikke noget, der er arrangeret ekstra ift., at I arbejder med den her metode?

Terapeut: Nej, det er det ikke, men der er ikke nogen, der forhindrer os i at sparre med hinanden, og det tænker jeg, det er vi rigtig gode til, det er nok noget af det, vi får aller mest ud af, fordi nogen har erfaringer.

Terapeuterne modtager ikke nogen ekstra understøttelse i kommunalt regi i forbindelse med projektet. De problematikker eller udfordringer, som de møder, kan de derimod vende i den allerede eksisterende supervision i kommunen. Ledelsen har ikke igangsat tiltag, som skal sikre metodefideltet, men har tillid til, at opgaven fuldt ud varetages af terapeuterne og VIA gennem den uddannelse, de får:

Interviewer: Gør I noget for at følge op på og sikre, at de [terapeuterne] benytter sig af de nye ting, de har lært i ADHD-modulet?

Leder: Det følger de jo op på i uddannelsen.

Interviewer: Så det er ikke noget, I beskæftiger jer med på et ledelsesplan og følger op på hvordan og hvorledes?

Leder: Det indgår jo i den uddannelse, de får, kan man sige. Når en medarbejder får uddannelsen, altså på den måde bliver det jo implementeret, når de har opgaver, der er ADHD, så bruger de de redskaber, de får ind i den her målgruppe, så på den måde går vi ikke ind og kontrollerer deres valg af metode, kan man sige. Der har vi en forventning og tillid til, at når de starter en opgave op, der hedder PMTO-ADHD, så bruger de programmet, sådan som det er foreskrevet.

I tråd med hvad vi tidligere har set, vurderer ledelsen, at der ikke er behov for at iværksætte yderligere tiltag eller tilpasninger i forbindelse med projektet. Den supervision og understøttelse, som

terapeuterne har modtaget specifikt i forhold til udviklingen af PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd, er derfor fra VIA. Generelt fremhæver terapeuterne, at samarbejdet med VIA har været godt, og at de har fået hurtigt svar, når de har henvendt sig. Terapeuterne fortæller, at de bl.a. løbende har skullet angive til VIA, hvilke forløb de havde, børnenes alder, hvilke komponenter de har været igennem, hvilke problematikker børnene havde, om de havde gjort noget andet, end de var blevet undervist i, og om de selv har udviklet noget alternativt. Derudover har VIA arrangeret og afholdt 3 Skype-møder, hvor terapeuterne har modtaget vejledning. VIA har sammensat terapeuterne i små grupper af tre terapeuter og én vejleder.

Det varierer, hvilket udbytte, terapeuterne har fået af Skype-møderne. Flere af terapeuterne fortæller, at de får det samme eller et større udbytte af at tale med deres kolleger;

Terapeut: Der har været nogle Skype-konferencer, dem har jeg ikke fået noget ud af, med nogle af de andre fra de andre steder. Det er, fordi når vi er flere [kolleger], så kan vi bare spørge en af de andre. Så kan det godt være, der er nogle, der sidder alene med det i en kommune og synes, det har været godt.

Interviewer: Så det har været enten sparring eller erfaringsudveksling?

Terapeut: Ja, men det virker ikke rigtig for mig, når man sidder på sådan et Skype, vi kan aldrig få det til at fungere, så det ved jeg ikke.

I tråd hermed fremhæver en af terapeuterne, at der har været nogle udfordringer i, at der kan være lidt forsinkelse på lyden, eller den kan være dårlig, og at vejledningen over Skype derfor ikke har fungeret ligeså godt, som da man har været samlet fysisk. En af terapeuterne oplever derimod Skype-møderne som meget givende:

Terapeut: Jeg får nogle andre input, end dem jeg plejer, og det der med at blive inspireret af at høre, hvad gør andre. Og få noget feedback på noget af det, man selv er optaget af i forhold til det. Det har været sådan rigtig meget kollegial udveksling, og det, der er lidt sjovt, når man arbejder med PMTO, det er, at rigtig rigtig meget af det, vi snakker om, det ved vi jo godt, uanset om vi sidder i Næstved eller Skagen eller Århus. Så når vi snakker om de forskellige faglige ting ind i det, så ved vi lige præcis, hvad vi mener, for det er sådan en stringent metode.

Den form, som Skype-møderne har, minder meget om den sparring, terapeuterne har med deres kolleger. Det kan derfor være en overvejelse, om man i stedet for at samle terapeuter fra forskellige dele af landet måske i højere grad skal systematisere og optimere den sparring, som man allerede har i kommunerne.

2.4.2.3 M-SKP

I afprøvningen af modellen i dette projekt har alle deltagende mentorer/kontaktpersoner fået en uddannelse, som er udbudt af metodeleverandørerne. Det er ikke fastlagt, hvordan uddannelsen konkret skal tilrettelægges i kommunerne i en fremtidig implementering, fordi man ikke har villet udarbejde et specifikt kursus, som alle kommuner er afhængige af fremover. I indværende projekt har uddannelsen forløbet over tre hverdage og har bestået af modellens tre hovedelementer:

1. Viden om ADHD og hvordan man bedst kommunikerer med personer med diagnosen.
2. En præsentation af M-SKP-modellen og dens anbefalinger samt drøftelse med deltagerne om, hvordan de kunne gribe arbejdet med modellen an.

3. Det tredje element fokuserer på samtaleteknik, og hvordan man kan blive bedre til at samtale med borgeren.

Grundet den begrænsede datamængde har vi meget lidt viden om, hvordan kontaktpersoner/mentorer har oplevet uddannelsen, og hvorvidt de oplever at være blevet klædt tilstrækkeligt på til indsatsen. En ting, der bliver nævnt, er, at der kan ligge en overvejelse i, om nogen ville have større gavn end andre af at deltage på uddannelsen. Der kan være forskelligt, hvilket uddannelsesbehov mentorer har. Fx kan der være forskel på behovet hos kontaktpersoner, der allerede har en solid faglig baggrund og uddannelse, og en frivillig, som ikke nødvendigvis har arbejdet med målgruppen før. Vi ser ikke nogen modstand mod uddannelsen og dens indhold, men vi ser, at det kan være forskelligt, hvad man får ud af at deltage på kurset. En kontaktperson roser selve kursusformen, måden, undervisningen var tilrettelagt på, og fremhæver, at foredragene var spændende og inspirerende. Men kontaktpersonen fortæller samtidig også, at vedkommende havde en solid faglig baggrund i forvejen og derfor vidste meget af det, der blev formidlet.

Understøttelse

Metodeleverandørerne fortæller, at de har været nødt til at køre forløbene mindre struktureret end beskrevet fra starten, fordi det har taget længere tid for kommunerne at komme i gang end forventet. Det er kommunerne selv, der står for at udvikle procedurerne for, hvordan modellen realiseres og implementeres. Men metodeleverandørerne har understøttet ved at facilitere møder undervejs. I en af kommunerne har man mødtes hver tredje uge og diskuteret, hvordan procedurerne skal være. Her har metodeleverandørerne deltaget hver anden eller tredje gang. I en anden kommune har man kun afholdt 2-3 møder. Metodeleverandørerne fortæller, at de arbejder ud fra, at kommunerne skal forholde sig til alle anbefalingerne, også dem, der er svære. Det betyder imidlertid ikke, at det lykkes.

Metodeleverandørerne har desuden en hotline, som mentorerne kan ringe til løbende, hvis de har brug for støtte til brugen af den digitale logbog, som er det dokumentationsredskab, der er udviklet til arbejdet med modellen. Derudover fortæller metodeleverandørerne, at de løbende er i telefonisk kontakt med den lokale projektleder, hvor de vender eventuelle udfordringer. En af deltagerkommunerne oplever, at samarbejdet med metodeleverandørerne har været på et minimum og primært har været afgrænset til de gange, der har været afholdt møde. Ellers har kontakten primært drejet sig om at give metodeleverandørerne besked, når de havde startet et nyt forløb med en ung.

Hvordan understøttelsen i øvrigt har været i kommunerne, har vi begrænset viden om. I en af kommunerne modtager kontaktpersonerne obligatorisk supervision en gang om måneden, som en del af deres samlede virke, ligesom de har afholdt møder efter behov. Der er altså i denne kommune ikke oprettet fastlagte møder eller yderligere supervision, som skal hjælpe i implementeringen af modellen.

2.4.3 Opsummering

Det er forskelligt på tværs af de tre indsats, hvordan rekruttering, uddannelse og understøttelse har foregået:

2.4.3.1 KiK

ADHD-foreningen gør meget ud af at rekruttere de rette personer som trænere og opstiller en række krav, som de skal opfylde. Alle trænere har en relevant faglig baggrund, som gør dem kvalificerede til at varetage opgaven. Derudover fokuserer ADHD-foreningen på at skabe det rette match mellem to trænere, som skal udgøre et makkerpar. Her lægges der stor vægt på, at de kan

supplere hinanden på den bedst mulige måde, og der er fx fokus på, at én af trænerne gerne har personlig erfaring med målgruppen. Det er ikke en udfordring for foreningen at få ansøgere nok til stillingerne, men den geografiske placering af trænere kan udgøre et problem. Det kan være en udfordring at få skaffet to trænere i nogle yderområder. I forhold til uddannelse og understøttelse i KiK-indsatsen har samtlige trænere gennemgået en fælles træneruddannelse, som de oplever er fyldestgørende, og som har klædt dem godt på til at skulle gennemføre KiK-kurset. De oplever kun enkelte udfordringer med indsatsen i praksis. Det drejer sig bl.a. om mundtlig formidling og om det at skulle tackle de følelsesmæssige situationer, som kan opstå blandt forældrene på kurserne. Her fremhæves det som essentielt, at de er to trænere, så den ene kan gå til side med en forælder, hvis der er brug for det, mens den anden fortsætter undervisningen. Samtidig viser analysen, at de resterende forældre på kurset også kan være en ressource, når der opstår sådanne følelsesmæssige situationer. ADHD-foreningen monitorerer og følger implementeringen tæt og sørger for at justere løbende, hvis der er behov for det. Trænerne oplever, at ADHD-foreningen yder den hjælp og støtte, der er behov for undervejs, og at de altid kan henvende sig, hvis der opstår tvivlsspørgsmål. De oplever at få konstruktiv feedback fra ADHD-foreningen, når de er ude og observere, ligesom de sætter stor pris på at evaluere sessionerne med deres makker løbende.

2.4.3.2 PMTO

Alle terapeuterne er rekrutteret internt og har tidligere erfaring med at arbejde med PMTO. Intern rekruttering har den fordel, at der ikke skal bruges tid på en rekrutteringsproces, samtidig med at ledelsen kender til medarbejderes kompetencer. De fleste terapeuter er fuldtidsansatte, men har andre opgaver ved siden af arbejdet med PMTO med det ekstra modul. VIA har indgået en kontrakt med i alt tre terapeuter fordelt på tre af kommunerne. I hver af disse kommuner har én af terapeuterne derfor en form for ekspertrolle og fungerer som en støtte for de resterende terapeuter i kommunen. I den sidste af deltagerkommunerne er en af terapeuterne selv underviser og fungerer derfor også som en støtte for de resterende. Samtlige terapeuter har modtaget den undervisning, som varetages af VIA, og oplever, at det har klædt dem på til praksis. Alligevel er der nogle elementer, som kan være en udfordring undervejs. Det gælder primært i forhold til den lidt ældre aldersgruppe, hvor nogle terapeuter har været udfordrede i forhold til komponenten "grænsesætning" og inddragelse af den unge. Ledelsen har ikke igangsat tiltag, som skal sikre metodefidelitet. Det er derimod en opgave, som varetages af VIA. Den supervision og understøttelse, som terapeuterne har modtaget specifikt i forhold til udviklingen af PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd, er derfor udelukkende fra VIA, bl.a. i form af Skypemøder. Terapeuterne har desuden særligt gjort brug af den kollegiale sparring undervejs i projektet.

2.4.3.3 M-SKP

M-SKP-indsatsen varetages både af frivillige og lønnede medarbejdere. Nogle kommuner benytter sig udelukkende af pædagoger, som er ansat som kontaktpersoner, mens andre benytter sig af en blanding af kontaktpersoner og frivillige mentorer eller en blanding af kontaktpersoner og privatindkøbte kontaktpersoner. Ansættelsesformen har betydning for, hvilke beføjelser, man har. Den frivillige mentor er fx ikke bundet af samme retningslinjer som en almindeligt ansat

Grundet den meget begrænsede datamængde har vi ikke mulighed for bredt at belyse, hvordan man har rekrutteret kontaktpersoner og mentorer. Vi har også begrænset viden om, hvordan kontaktpersoner og mentorer har oplevet uddannelsen, og hvorvidt de oplever at være blevet klædt tilstrækkeligt på til indsatsen. Analysen viser dog, at der kan være forskel på, hvilket uddannelsesbehov der er for kontaktpersoner, som allerede har en solid faglig baggrund og uddannelse, sammenlignet med frivillige.

Metodeleverandørerne har understøttet kommunerne ved at facilitere møder undervejs og arbejder ud fra, at kommunerne skal forholde sig til alle anbefalingerne i modellen. Metodeleverandørerne har desuden en hotline, som mentorerne kan ringe til løbende, hvis de har brug for støtte til brugen af den digitale logbog, som er det dokumentationsredskab, der er udviklet til arbejdet med modellen. Derudover fortæller metodeleverandørerne, at de løbende er i telefonisk kontakt med den lokale projektleder, hvor de vender eventuelle udfordringer.

2.5 Arbejdet med indsatsen i praksis

I det følgende afsnit ser vi på, hvordan medarbejderne oplever selve arbejdet med indsatserne. Vi undersøger bl.a. visitationsprocessen i forbindelse med PMTO og M-SKP samt rekrutteringsprocessen i forbindelse med KiK. Vi ser på, hvordan man har visiteret til indsatserne, hvilke overvejelser der ligger bag, samt hvordan motivationen er blandt de unge og de forældre, som deltager. Derudover ser vi på, hvordan de oplever arbejdet med de materialer, som er udviklet, i form af manualer, modeller eller digitale værktøjer. Det er afgørende for fideliteten, at medarbejderne oplever, at materialet giver mening og er let at anvende. Medarbejdernes oplevelser kan med andre ord påvirke, i hvor høj grad metoden følges. Hvis metoden ikke er veldefineret på forhånd, eller hvis manualen ikke er gennemskuelig og anvendelig for medarbejderne, vil det gøre det sværere for medarbejderne at implementere indsatsen, som den oprindeligt er tænkt. I afsnittet ser vi desuden på, hvilke elementer, medarbejderne oplever som væsentlige for et succesfuldt forløb, da det kan bidrage med væsentlig viden, som kan lette og effektivisere en fremtidig implementering af indsatserne.

2.5.1 Visitation og rekruttering

Visitation og rekruttering foregår forskelligt på tværs af de tre indsatser. Derudover er der variation mellem, hvordan kommunerne visiterer inden for den samme indsatstype. Der eksisterer på den baggrund mange forskellige erfaringer om visitation og rekruttering fra praksis, som man kan bruge i arbejdet med indsatserne fremadrettet.

2.5.1.1 KiK

Som tidligere nævnt kan forældre ikke visiteres til KiK. De skal derimod selv henvende sig til ADHD-foreningen og tilmelde sig. Der stilles ikke krav om, at barnet skal være diagnosticeret med ADHD, men derimod skal barnet have ADHD-lignende symptomer og være mellem 3 og 9 år. Derfor er kurset forholdsvis nemt at blive optaget på, hvis det udbydes i forældrenes nærrområde, og der stadig er pladser at få. Det kan have den fordel, at familierne ikke skal igennem en udredning, før de kan komme i betragtning til indsatsen, og de kan undgå længere ventetider.

Som vi så tidligere, står ADHD-foreningen selv for at skaffe deltagere til KiK-kurserne, men de har haft et konkret samarbejde i enkelte kommuner vedrørende rekrutteringen. ADHD-foreningen kender ikke rekrutteringsgrundlaget på forhånd, da de ikke har adgang til oplysninger om, hvor stor målgruppen er i forskellige områder. Derfor kan de heller ikke målrette rekrutteringen af forældrene til specifikke områder, skoler eller kommuner. Her er de afhængige af den hjælp, de kan få til at udbrede budskabet om kurset. Normalt sker rekrutteringen i trin, hvor ADHD-foreningen først lægger et opslag på deres hjemmeside, der fortæller, at man kan tilmelde sig kurset. Hvis kurset ikke fyldes op med det samme, udarbejdes en pjece, som fx sendes ud til kommunerne. ADHD-foreningen følger løbende op i forhold til tilmeldingen, og hvis et kursus stadig ikke er fyldt, reklamerer man fx i lokalaviser. Rekrutteringsarbejdet stopper, når et hold er fyldt op.

ADHD-foreningen har ingen viden om, hvordan de enkelte kommuner konkret rekrutterer, når de hjælper ADHD-foreningen. Foreningen ved derfor ikke, hvordan familierne har hørt om kurset, før de tilmelder sig.

ADHD-foreningen: Jeg følger jo ikke op, har den lokale avis puttet den i, og har den været på forældreintra, og altså, jeg følger jo ikke op på, medmindre skolerne skriver tilbage til mig, "tusind tak, vi vil lægge den på intra", så ved jeg jo ikke, om de har gjort noget, eller om de bare har tænkt "nå, okay, og hvad så". Så på den måde er det lidt svært at sammenligne i forhold til, altså rekrutteringen. Jeg synes, vi har gjort det samme herindefra, men hvad der så er blevet grebet derude, det er vidt forskelligt.

Det betyder, at der kan være forskel på den målgruppe, man når ud til. I ADHD-foreningen ved man fx ikke, hvorfor holdene i nogle områder frem for andre bliver hurtigere besat. Det kan både være, fordi behovet er stort i området, men det kan også handle om, at man har været længere ude i rekrutteringen, og at informationen er gået via flere kanaler. Et tæt samarbejde med kommunerne kan bevirke, at man får fat på nogle familier, som ikke er medlemmer af ADHD-foreningen, fordi det kommunale personale har viden om, hvor der ligger et behov for en indsats og derved kan opspore relevante familier.

ADHD-foreningen: Og man kan jo ikke komme udenom, at dem, der ellers ved, hvor der er KiK-kurser henne, det er vores medlemmer, fordi det står på vores hjemmeside, det står på vores materiale, der kommer ude fra os af. Og det gør så også, at det måske bliver en lille smule skævvridende i forhold til, at dem, der måske ikke er så meget fremme, lige holder øje med, hvor det er, man ser – dem kan man så håbe på bliver prikket på skuldrene af de hersens institutioner, som har fået sendt materiale ud.

ADHD-foreningens overvejelser vedr. målgruppen understøttes af trænerne. Generelt oplever de, at det er "de rette" forældre, der deltager på trænerkurserne, men de oplever også en del variation i, hvor stort et udbytte forældrene får, afhængigt af hvor stor en viden, de havde forud for kurset. En træner fremhæver fx, at flere af forældrene på ét af hendes hold tidligere havde været en del af programmet "De utrolige år", og at KiK-kurset derfor ikke kunne bibringe så meget ny viden for dem, mens andre, der ikke havde deltaget i et lignende kursus, havde et stort udækket behov for viden på området. En anden træner fortæller, hvordan det på et tidspunkt gik op for hende og hendes makker, at samtlige forældre, på nær ét forældrepar, allerede vidste en masse om det, de formidlede:

Træner: Men der var jo otte børn, der ikke var plads til, kom jeg så til at tænke på. Vi havde ikke en eneste, jo én familie, som for øvrigt ikke kom hver gang, fordi det var for svært at komme. Men der var en familie, der var ny i det, men alle de syv andre familier, det var nogle, der kendte til det meste af det i forvejen, og andre havde været på kurser og sådan noget lignende. Og det er jo fint. Men jeg kunne godt tænke mig, at der var en chance for de andre. Så det har jeg haft lidt ondt af, eller ked af, og tænker på dem, som ikke kommer med, fordi de simpelt hen ikke er hurtige nok overhovedet have nået at høre om det, før det er fyldt op. For det er i virkeligheden dem, der er svagest. (..) Fordi så er der nogle andre familier, der overhovedet ikke er begyndt at få hjælp til det, de står i. Og det vil sige, det bliver nogle skældud-familier, ren afmagt.

Det kan derfor være en overvejelse, om der er en potentiel målgruppe, som ADHD-foreningen ikke får fat i, og som har mere brug for indsatsen. Som vi så tidligere, kan et samarbejde med kommuner hjælpe foreningen til at nå ud til forældre, som ikke er medlem af ADHD-foreningen. Det kan være en fordel, at sådan et samarbejde kan tænkes endnu mere ind i rekrutteringen af forældre fremover.

Samtidig fortæller flere trænere, at de oplever, at mere ressourcestærke forældre får et større udbytte af indsatsen, fordi de magter at få trænet derhjemme. De pointerer, at man skal kunne overskue det – hvis man har alt for meget andet at forholde sig til, kan det være svært også at skulle prioritere træningen:

Træner: Der er stor forskel, og jeg vil sige, at dem, man får fat i her, det er jo dem, der har ressourcerne. Der er ressourcer til at kunne profitere af sådan et forløb. Altså fordi jeg møder jo også i kraft af mit arbejde familier, som ganske givet ikke har ressourcerne til at få noget ud af forløb som dem her. Der er det simpelt hen skudt over målet, altså fordi det er et kursusforløb. Så altså det jeg har, min egen erfaring, de to gange jeg har været, det er, at dem vi har haft med, det er dem, der har haft ressourcerne, og det skal de også have for at kunne få noget ud af sådan et forløb.

En anden træner har dog en anden oplevelse og fortæller, at han synes, konceptet rammer så bredt inden for målgruppen, at alle, der har børn med ADHD, kan profitere af KiK, ligegyldigt hvor de er henne, både socialt og ressourcemæssigt. Spørgsmålet er derfor, om alle kan profitere af kurset – blot i forskellig grad.

Forældrenes motivation

ADHD-foreningen oplever, at der generelt er en høj motivation blandt forældrene, og de modtager kun sjældent afbud fra forældre, der ikke kan deltage. Hvis der er frafald, forsøger ADHD-foreningen så vidt muligt at ringe dem op og høre, om der er noget, de kan hjælpe med. Derudover gør foreningen en række forskellige ting for at motivere forældrene. Allerede ved rekrutteringen gør de meget ud af at tydeliggøre over for forældrene, at det er vigtigt, at de prioriterer og engagerer sig i forløbet, og at de gør, hvad de kan for at være der alle gangene. Derudover er kurset tilrettelagt, så det er ADHD-venligt. I tilrettelæggelsen fokuseres der fx på tidsstyring, en stram struktur, en overskuelig dagsorden, pauser undervejs og ting, de kan "dimse med". På kursusstederne sørger de for, at der er mad, kaffe, sodavand og kage til forældrene for at gøre deltagelsen mere hyggelig. Samtidig bløder foreningen op i kravene til forældrene, så de kan være med på det niveau, de magter:

ADHD-foreningen: Det er slet ikke sikkert, at de får lavet hjemmeopgaverne, og det er slet ikke sikkert, at de synes, de kan bruge de ting, de får præsenteret, men der gør vi meget ud af at sige fra start, at man snupper ligesom det, der passer til ens familie. Og hvis man ikke får lavet sin hjemmeopgave, så pyt med det, så kan det være, man gør i næste uge.

Trænerne oplever ikke, at de gør noget ekstra for at motivere forældre til at blive i KiK-forløbet, ud over at de fra start informerer dem om, at de regner med, at de kommer alle gangene, og melder afbud, hvis de bliver forhindret. Flere nævner, at det ikke var nødvendigt at motivere forældrene yderligere. Trænerne oplevede, at der automatisk opstod stor motivation blandt forældrene, fordi de fik øjnene op for, at de redskaber, de får, virker. Som en træner fortæller:

Træner: Da de kom, så tænker man, tak skal I ellers have, det her er nogle medtagne mennesker. De kom, de er trætte og ved ikke hvad man skal forvente. Men det så anderledes ud allerede anden gang.

Træneren fortæller, at forældrenes forbehold var forsvundet anden gang, de kom til kurset, og at stemningen blev mere livlig, gladere og åbenhjertig. Trænerne oplevede desuden, at forældrene prioriterede at komme til hver kursusgang. En træner fremhæver en episode, hvor et forældrepar, som havde haft et forfærdeligt møde med skolen samme dag, alligevel dukkede op til træningen.

Moren var tydeligvis ked af det, men: *"hun sagde, at hun havde altså brug for at komme, faktisk fordi hun vidste også, at vi allesammen kunne forstå, hvorfor hun var ked af det. Så det der med, at hun følte hele tiden, at hun mødte forståelse, så ville hun komme og havde også det overskud."* En del af motivationen for at blive ved med at komme ser dermed ud til at hænge sammen med det fællesskab eller det forum, som KiK-kurset tilbyder. På kurserne bliver forældrene mødt af de resterende kursusister, som kender til de problematikker, der kan opstå, når man har børn med ADHD eller ADHD-lignende symptomer.

2.5.1.2 PMTO

Visitationen af familierne til PMTO har fungeret forskelligt i kommunerne, men i samtlige kommuner inviteres familierne til en forsamtale/opstartssamtale, før det besluttet endeligt, om de skal have PMTO. Her får familierne mere at vide om metoden, ligesom terapeuterne får viden om de udfordringer, der er i familien.

Alle deltagerkommuner har gennemført det antal forløb, som de havde forpligtet sig på i projektet. De har ikke haft store udfordringer med at få deltagere nok. Alligevel har man i én af kommunerne ændret en smule på den gængse praksis for at kunne få nok børn og unge ind i projektet. Normalt visiteres børn og unge i kommunen til PMTO, hvis der er en større bekymring, og der er lavet en børnefaglig undersøgelse og en handleplan, dvs. et såkaldt § 52-forløb. I indeværende projekt har man dog valgt også at visitere § 11.3-forløb til projektet, som er lidt lettere sager, der derfor har fået et højere serviceniveau, end de ellers ville have fået. Lederen vurderer, at begge typer af henvisninger har passet lige godt ind i PMTO's målgruppe. I en anden kommune har man også arbejdet ud fra en lidt "blødere" tilgang til visitationen, hvor børn og unge ikke nødvendigvis skal have en ADHD-diagnose, men skal have samme symptomer for at indgå i projektet.

En af de ting, der ser ud til at fungere godt i visitationsprocessen, er, hvis visitationen og udførerdelen er organiseret under samme tag. I størstedelen af kommunerne ser vi, at det letter processen med at sørge for, at de rette fagpersoner får den nødvendige information, fordi man ikke er nødt til at informere bredere ud i organisationen. I én af kommunerne er man organiseret i et familiehuse, hvor man tager sig af sager for alle børn og unge. Alle sager vurderes af afdelingslederen og to medarbejdere, som beslutter, hvilken form for tilbud der vil være relevant i forhold til den givne problemstilling. Hvis barnet/den unge har opfyldt kriterierne i forhold til PMTO, får barnet/den unge PMTO. Man har ikke været ude og brede budskabet yderligere ud i kommunen, fordi de selv sidder og visiterer de opgaver, der kommer ind.

I en anden kommune, hvor visitationen og udførerdelen geografisk er placeret forskellige steder, har det været udfordrende at få udbredt den nødvendige information om projektet til rådgivere og skoler, som skal visitere til den udvidede PMTO-indsats. Kommunen har været i gang med en større organisatorisk omstrukturering i form af en sammenlægning af flere enheder. Visitationen, som normalt sker via rådgivere, har derfor været udfordret. Omstruktureringen har bl.a. betydet, at rådhuset, hvor myndighedsdelen er placeret, ikke har været tilgængeligt i samme omfang som normalt. Derudover har kommunen gennemgået en organisations- og forandringsproces, og medarbejderne har derfor haft opmærksomhed på andre ting. Derudover er man nu organiseret i 4 nye afdelinger, og der er derfor ikke en enkel leder, man kan gå til for at få bredt kendskab til projektet. For at få unge nok i projektet har man derfor fået hjælp af en skolekonsulent, hvilket ifølge afdelingslederen har været afgørende;

Leder: Det, at vi har haft det gode samarbejde med skolekonsulenten, at vi har kunnet rekruttere via ham, det har også været afgørende, for hvis vi selv skulle ud og opdyrke det, det havde vi i den situation med fusionen, det havde vi ikke haft ressourcer til.

Skolekonsulenten har en stor berøringsflade inden for specialområdet i kommunen og har derfor et bredt kendskab til de unge i skolesystemet, som har vanskeligheder. Han har derfor kunnet informere om relevante unge, ligesom han har hjulpet med at tilbyde indsatsen til de unge og deres familier. Hvis forældrene har vist interesse for at deltage, har skolekonsulenten sendt forældrenes kontaktoplysninger til kommunen, som derefter har kontaktet familierne.

Kommunerne oplever, at PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd passer ind i forhold til deres resterende tilbudsvifte. I nogle kommuner har man i forvejen andre metoder, som i princippet kan blive konkurrerende, men det har ikke vist sig som en udfordring i dette projekt. I to af kommunerne benytter man sig bl.a. af "De Utrolige År" (DUÅ)¹. En leder i den ene kommune fortæller:

Interviewer: Hvordan synes du, metoden passer ind i den resterende del af jeres tilbud? Tilføjer det noget ekstra, eller er der konkurrerende metoder?

Leder: Jeg synes, det tilføjer, jeg synes, det er rigtig godt at have det, faktisk. Jeg synes, det er rigtig godt at have noget konkret, hvor man kan sige, når man har den type problemstillinger med mål- og grænsesætning og krav og udadreagerende adfærd osv., og så sige, der har vi det her tilbud, man kan få, der har en ramme og en struktur. Det tænker jeg faktisk er rigtig godt at have som del af ens tilbudsvifte. Jeg ved godt, der er andre, der synes, det konkurrerer fx med De Utrolige År, men det synes jeg faktisk ikke, det gør hos os. Men det er måske fordi, så visiterer de i virkeligheden mest de alleryngste til De Utrolige År, og så bruger vi PMTO typisk til de ældre.

En kommune benytter Multisystemisk Terapi (MST), som er et behandlingstilbud til unge mellem 12 og 17 år, der har alvorlige adfærdsproblemer. MST har dog heller ikke vist sig at være direkte konkurrerende med PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd i dette projekt. I en anden kommune, hvor man er i færd med at sammenlægge to enheder, bringer hver enhed en metode med sig, henholdsvis funktionel familierapi (FFT) og PMTO. Derfor er ledelsen i gang med at drøfte, om man skal beholde FFT eller PMTO – den beslutning var ikke afsluttet på tidspunktet for interviewet.

Terapeuterne oplever, at det er den rette målgruppe, som har fået indsatsen i indeværende projekt, ligesom de i langt de fleste tilfælde oplever, at familierne er motiverede og har lyst til at deltage. I enkelte tilfælde fortæller nogle terapeuter, at et forløb er stoppet, enten fordi sagen har været for svær og krævede andre tiltag, eller fordi det ikke er lykkedes at opretholde motivationen hos den unge. Terapeuterne fremhæver bl.a., at PMTO er en fordel i forhold til de forældre, som selv har ADHD, da metoden kan hjælpe dem til at skabe tydelige rammer og struktur:

Interviewer: Hvordan var deres motivation og lyst til at deltage i et PMTO-modul?

Terapeut: Jamen, den har været rigtig god, og den har så, det har været med en mor, som selv er fuld af ADHD. Men hun har i den grad kunnet bruge de her konkrete anvisninger også, og i samarbejde har vi udviklet nogle systemer, som passer i hendes hoved, kan man sige. Justeret lidt på det eksisterende, men alligevel været tro mod principperne, men sådan at det passer for hende. Kan den her metode noget i sig selv netop det her med, at forældrene også har ADHD? Ja, det kan den, fordi den netop er så konkret og specifik, struktureret.

¹ De Utrolige År" har bl.a. til formål at styrke forældres kompetence og henvender sig bl.a. til børn med ADHD samt deres familier (Socialstyrelsen, 2017).

Når terapeuterne arbejder med at motivere familierne til at deltage og fortsætte i forløbet, har de bl.a. fokus på at opbygge en god samarbejdsrelation på de første møder og på ros og opmuntring af forældrene og den unge. En terapeut lægger også vægt på over for forældrene, at de ved, at metoden virker, og at de gerne vil hjælpe:

Terapeut: Jeg får også sagt, at det er vigtigt i de her forløb, at der er en grund til, at de er positive, at I kommer hver gang i det omfang, det er muligt, jeg bruger også telefonsamtalerne, der ligger mellem sessionerne, til både at minde dem om, vi er i det her forløb, og hvordan går det egentlig med hjemmeopgaven, og jeg glæder mig til at se jer næste gang, sådan en kærlig opringning, der gør det, den skal, men jeg tror også, den derudover motiverer dem til, nå ja, vi ses jo igen på onsdag, eller hvornår vi ses. Det med, at her er der en terapeut i den anden ende, som faktisk følger op med os.

2.5.1.3 M-SKP

I praksis har det vist sig at være svært at få nok unge med i projektet, der matcher modellens målgruppe. Det skyldes ikke nødvendigvis, at rekrutteringsgrundlaget ikke har været stort nok. Det kan også skyldes, at der har været en række udfordringer i forbindelse med visitationen.

Det er sagsbehandlerne, der er afgørende i visitationen af unge til projektet, fordi det er deres opgave at henvise de unge til et mentorforløb med fokus på ADHD. Ifølge metodeleverandørerne har visitationen været afhængig af den konkrete organisering i kommunerne. De oplever, at det er forskelligt, hvor beslutningskraften ligger. Nogle steder har alle mentorer eller støttepersoner været samlet i ét center. Her sender sagsbehandlerne sager ned til udførerdelen, og det afgøres herefter i mentorcenteret eller ungecenteret, hvilke unge der skal indgå i projektet. Det ser vi i en af kommunerne, hvor visitationen, som egentlig var tiltænkt sagsbehandlerne, ikke er lykkedes. Derfor har der i praksis eksisteret en intern visitering i mentorkorpset. Hvis en kontaktperson har fået en ung, hvor ADHD er en tydelig problematik, har de taget kontakt til de kontaktpersoner, der er tilknyttet M-SKP. I kommunen har de været overraskede over, hvor svært det har været at finde unge til projektet. Man har oplevet det som en udfordring for visitationen, at M-SKP ligger så tæt op ad deres eksisterende ydelse. Derfor har det været svært at skelne mellem, hvilke unge der skulle have et almindeligt mentorforløb, og hvilke der skulle have et mentorforløb med fokus på ADHD. Det gælder både hos udførerdelen og hos sagsbehandlerne, som ofte ser, at der er mange andre problematikker hos den unge ud over ADHD.

Samtidig fremhæver metodeleverandørerne, at det har været en udfordring, at målgruppen er så bred, at den både omfavner børn og voksne med ADHD-lignende problematikker, der kan være meget forskelligartede. Det betyder, at man ikke nødvendigvis har fokus på den samme målgruppe i visitationen i kommunerne. I en af kommunerne har man taget udgangspunkt i en eksisterende venteliste og kigget på, om nogen er faldet inden for projektets målgruppe. Dvs. at man ikke har været ude og hente "nye" børn og unge ind i projektet. Her oplever man organiseringen som begrænsende for, hvilke og hvor mange unge, de har kunnet få med. Det fremhæves i denne kommune, at det muligvis kunne være en fordel, hvis selvhenvvisninger havde været en mulighed. På den måde kunne man rekruttere direkte fra uddannelsessteder med hjælp fra ungdomsuddannelsesvejledere. Det ville dog kræve ekstra ressourcer, og andre unge, som allerede er i systemet, ville skulle vente. Kommunen fortæller desuden, at den eksisterende organisering indebærer, at der er risiko for, at man får unge ind i projektet, hvor sagerne er meget tunge, og der allerede er masser af tiltag på den unge. I sådanne tilfælde kan det være svært for sagsbehandleren at pille ud, at der kun skal arbejdes med ADHD, når der også eksisterer mange andre problematikker for den unge. Derfor er det en overvejelse i kommunen, at det kunne være en fordel at komme længere ud i almenområdet og få fat i unge der.

Metodeleverandørerne har i tråd hermed foreslået kommunerne en mindre formaliseret ramme for forløbene. Det imødekommer en af anbefalingerne i modellen, som siger, at forløbet skal kunne sættes hurtigt i gang. Ifølge metodeleverandørerne har det vist sig at være vanskeligt for kommunerne at håndtere i det normale kommunale setup, hvor mentorer/kontaktpersoner ofte er en bevilget § 62 ydelse, der kræver, at den unge visiteres til indsatsen. Metodeleverandørerne har foreslået, at forløbene kan køres som § 11.3 forløb, der ikke kræver formel visitation. Ifølge metodeleverandørerne er det noget, der prøves af flere steder, men vi har ikke haft mulighed for at belyse det.

En af anbefalingerne i modellen er desuden, at den unge skal inddrages og have indflydelse på, hvem de tildeles som mentor. Det har været svært for kommunerne at leve op til. I en af kommunerne arbejder man stadig på en fast procedure for, hvordan man skaber det bedste match. Her har man bl.a. set på mentorernes interesseområder og deres temperament eller kemi med den unge. Metodeleverandørerne fortæller, at det er vanskeligt at organisere i kommunerne, når det kun er en del af mentorerne, der er involveret i projektet, og der derfor er færre mentorer at vælge imellem. Denne problematik fremhæves også af en af kommunerne, som kun har haft 3 mentorer tilknyttet projektet. De har derfor ikke kunnet leve op til anbefalingen om det frie mentorvalg og har udelukkende spurgt ind til, om den unge ville foretrække en kvinde eller en mand. Det kan desuden være en udfordring, at den kontaktperson eller mentor, som i udgangspunktet ville være mest relevant, ikke altid har timer til at gennemføre et forløb.

Fordi det har været så svært for kommunerne at få nok unge med i projektet, har man i én af kommunerne flyttet en række unge fra et andet forløb og over i indeværende projekt, mens man i en anden kommune har fået lov til at lave aldersmæssig udvidelse af målgruppen med henblik på tilpasning til den eksisterende organisering og struktur. Udvidelsen blev dog aldrig anvendt i praksis.

Når først de unge har fået tildelt et forløb hos en mentor/kontaktperson, og indsatsen er gået i gang, ser der ikke ud til at være problemer med at fastholde unge i projektet. Alligevel kan det ske, at en ung stopper i et forløb. Det kan fx være, at den unge bliver myndig og derfor overgår til en ny afdeling, eller at den unge bliver flyttet over til en anden indsats, fordi man vurderer, at en mentorindsats alligevel ikke er det rette. Andre grunde kan være, at de falder uden for aldersgruppen, når de bliver 24, eller at de ikke længere vurderes berettigede til en indsats.

2.5.2 Brugen af metode og materialer i praksis

De metoder og materialer, der anvendes, er forskellige for de tre indsatser, og der er i forlængelse heraf forskellige oplevelser af metoder og materialer blandt behandlerne. KiK-trænerne og PMTO-terapeuterne oplever, at metoden og materialet fungerer godt, mens der er nogle udfordringer forbundet med at præcisere anbefalingerne i M-SKP.

2.5.2.1 KiK

ADHD-foreningen har udarbejdet et udførligt undervisningsmateriale til trænerne, som gennemgår præcis, hvad de skal formidle til hver undervisningsgang. Der er udarbejdet en manual til trænerne, som indeholder dagens tema, og hvilke øvelser de skal lave med forældrene. Derudover har ADHD-foreningen udarbejdet de slides, som trænerne skal bruge i deres præsentation. Det sikres derved, at forældrene bliver præsenteret for det samme materiale, ligegyldigt hvem de undervises af, hvis trænerne holder sig til materialet.

Trænerne oplever, at materialet er nemt at gå til, og lægger generelt stor vægt på at følge manualens forskrifter – også i situationer, hvor de fx ved, der kan komme noget modstand fra forældrene. En træner fortæller:

Træner: Der har også været nogle af emnerne, hvor vi har tænkt, det her, det er ikke så godt til, altså der kan vi godt få noget modstand på. Og jeg vil sige, at modstanden har aldrig været så slem, som man har frygtet, altså der er bl.a. en af de pædagogiske metoder, hvor man mener, man skal opstille nogle belønningsprincipper, og dem har man sådan altså, der kan godt komme nogle diskussioner om, skal de virkelig belønnes for at opføre sig normalt? (..) Men altså, at belønningsmetoden ikke kan stå alene, altså det er ikke sådan, at man bare kan belønne, men man er nødt til at rose og anerkende også, for at de gør det, man egentlig gerne ville have dem til. Og lige nøjagtig den der metode har vi både haft meget modstand på, men også efterfølgende haft meget anerkendelse fra forældrene af, at det giver mening, det giver mening for børnene, og det er overskueligt.

I denne situation holder trænerparret sig til manualen, selvom det er en udfordring at få formidlet. En af årsagerne kan være, at trænerne kan se formålet med det tema, der skal præsenteres – de har selv set, at metoden virker. Hvis trænerne derimod ikke kunne se formålet, er det muligt, at man ikke ville tage fat på et emne, man ved bliver svært.

Flere trænere nævner, at der kan være en udfordring at følge manualen, når man skal formidle et emne, som forældrene allerede kender til. Her har et par trænere måttet lave nogle få tilpasninger, som de dog har vendt med ADHD-foreningen enten før eller efter gennemførelsen af kursusgangen.

Træner: På en måde giver det egentlig en god ro og forudsigelighed, at manualen er så stringent, men jeg vil også sige, de sidste gange var indholdet måske skudt lidt ved siden af, fordi de sidste par gange handler det meget om, at forældrene prøver at få struktur ind i hverdagen, bl.a. gennem sådan nogle, fx plancher med ikoner på og sådan noget, og på det tidspunkt, der havde forældrene faktisk diskuteret, så de var, langt de fleste var gået i gang med den del, så på den måde virkede det sådan lidt, det virkede egentlig – der var vi nødt til at lave lidt om i det, der var vi nødt til i stedet for at holde oplægget præcist, som det var, så lavede vi om i det på den måde, at så sagde vi, gangen forinden, om ikke forældrene de vil tage deres plancher med og prøve at fortælle lidt om, hvordan de gjorde derhjemme og sådan noget, fordi det var lidt skudt ved siden af, hvis vi skulle stå og fortælle dem, hvordan de kunne gøre, når de egentlig var i gang med det. Så der lavede vi lidt om i det.

Selvom trænerne oplever en række udfordringer, når forløbet er så struktureret og fast tilrettelagt, er de altså stadig meget loyale og tro over for materialet, som er udarbejdet af ADHD-foreningen. De forsøger så vidt muligt at leve op til manualen. I ovenstående situation, hvor trænerne ikke længere kan se meningen med kursets opbygning, forsøger de at lave små tilpasninger, så de kommer omkring det emne, de skal, samtidig med at det bliver meningsgivende for forældrene.

Flere trænere fortæller dog også, at de oplever, at man kan sætte sit eget præg på undervisningen:

Træner: Selvom det er manualbaseret, så er der plads til – og det er det, jeg måske havde frygtet lidt – at det bare blev sådan noget oplæseligt noget. Men det er du selv med til at forme, ikke også, selvfølgelig er det oplæseligt, men hver gang, og det gik vi meget op i, det ville blive for tungt, hvis du bare sad og oplæste sådan noget. Så hver gang tog vi udgangspunkt i, jeg tog meget udgangspunkt i mine oplevelser og min hverdag. Og det kunne man bare mærke, at det var noget, de godt kunne lide. Der er tid og plads til, selvfølgelig skal du have korrigeret det også, i og med at tidsforløbet er stramt, men der er tid og plads til at gå ud og tage fat i hverdagen, eller også forældrene kan byde ind med en eller anden situation hjemmefra, fra hjemmet, ikke også.

Samme træner fortæller, at materialet også kan gøre forberedelsen og selve undervisningen lettere, og at den manualbaserede tilgang kan give en "personlig sikkerhed". Træneren oplever, at hvis man har en dårlig dag eller kommer ud af kontekst, så kan man altid falde tilbage til manualen og gå videre derfra. Manualen spiller altså en stor rolle i at understøtte implementeringen og sikre metodefidelitet.

Som vigtige elementer for et succesfuldt forløb nævner trænerne bl.a. det, at forældretrænerne har kendskab til området i forvejen, at man møder forældrene ligeværdigt, og at forældrekurset er veltilrettelagt og struktureret, så det er forudsigeligt for både forældre og trænere. Derudover fremhæver trænerne løbende, som tidligere beskrevet, at det har været særligt væsentligt at være to trænere om at gennemføre træningsforløbet. Netop matchet mellem trænere er noget, ADHD-foreningen arbejder aktivt med, og ser man på trænerens oplevelse, ser det ud til, at foreningen i høj grad er lykkedes med det. Samtlige trænere, som vi har talt med, sætter stor pris på deres trænermakker. Det gælder både i forhold til at kunne supplere hinanden i undervisningen, at kunne håndtere eventuelle følelsesmæssige situationer hos forældrene på undervisningsgangene, samt at supervisere og give hinanden feedback.

Det allervigtigste element for et succesfuldt forløb er ifølge trænerne at få skabt et behageligt og tillidsfuldt rum under forløbet, hvor forældrene føler sig tilpas og har lyst til at dele deres oplevelser. Som en træner siger, er dette "alfa og omega":

Træner: Men altså absolut vil jeg sige, at den der dialogstemning, der er imellem, når de får lov at snakke indbyrdes, det er der, man kan mærke, at de virkelig rykker. De skal selvfølgelig også have noget viden, og det får de jo så også i de der slides-oplæg, men øh. At få lov at være i dialog, det virker.

Trænerne oplever, at det har stor værdi, at indsatsen er opbygget som gruppeforløb, fordi forældrene har kunnet spejle sig i hinanden og dele erfaringer, ligesom de har haft mulighed for at få afløb for nogle frustrationer, som forældre med samme problematik lettere kan sætte sig ind i. Der er en accept og forståelse for hinandens situation – også i kraft af at flere af forældrene selv har ADHD.

Træner: Det, der sker undervejs i kurset, det er at dels, at de her forældre, de finder ud af, at de faktisk ikke er de eneste i verden, der har dem her, det er der jo mange af dem, der har følt, indtil de kommer på det her kursus her, at folk kigger mærkeligt på dem. Nu møder de pludselig mennesker, hvor de ikke skal forklare.

Trænerne fortæller desuden, hvordan forældrene ved at dele egne erfaringer kan være med til at skabe en positiv dialog og stemning og legitimere, at der tages fat på svære problemstillinger. En træner beskriver en situation, hvor specielt én mor bidrager:

Træner: Fordi så blev det ligesom legalt, at vi ikke altid kan være pæne. Men hun var rigtig, rigtig god til at være medskabende til den positive stemning, for vi havde jo også en, (...) der rigtig gerne ville trække i den anden retning, at alting, det var ikke til at holde ud, og det var ih og åh så forfærdeligt, virkelig sådan en sortseer. Men hun fik ikke lov at fylde ret meget, og man kunne også mærke ret hurtigt, at hun faktisk begyndte at ændre synsvinkel på, at tingene kunne gøres forskelligt.

Forældrene bliver dermed en ressource, som konkret kan bidrage positivt til undervisningsmiljøet.

2.5.2.2 PMTO

Som tidligere nævnt har der ikke ligget en færdig manual til medarbejderne, da materialet har været under udvikling under projektperioden. Alligevel har der været nogle redskaber og retningslinjer for terapeuterne, som de har skullet afprøve og forholde sig til løbende. Fokus i dette afsnit er på, hvordan det har været for terapeuterne at arbejde med det ekstra modul, og hvordan det adskiller sig fra almindelig PMTO. Dvs. hvad der er ekstra i forhold til almindelig PMTO.

Det ekstra modul har i udgangspunktet både haft fokus på ADHD og på en ældre aldersgruppe, men terapeuterne erfarer, at forskellen primært omhandler arbejdet med unge. Her skal der en række justeringer til. Terapeuterne har i forvejen stor erfaring med at arbejde med PMTO i forhold til børn, der har ADHD eller ADHD-lignende problematikker, og de oplever, at den almindelige PMTO sagtens kan rumme målgruppen og allerede fungerer godt i forhold hertil.

Terapeuterne har alle sammen oplevet, at arbejdet med det ekstra modul var meningsgivende. De oplever at have fået nogle nye redskaber. Vi kommer i det følgende ind på de konkrete elementer og områder, hvor terapeuterne oplever en forskel mellem det traditionelle PMTO og det nye PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd. Først og fremmest fremhæver flere terapeuter, at de har arbejdet med at inddrage de unge i eget forløb, hvilket er nyt i forhold til, hvad man før har gjort i forløb med yngre børn. Men det giver rigtig god mening, synes de:

Terapeut: Faktisk kan jeg godt lide, det har vi ikke snakket meget om, men noget, der også er anderledes, er, at man har den unge mere med, i mit forløb har vi ikke haft [barnets navn] specielt mange gange med, men jeg synes, det har givet mening, at hun har været med til at definere noget omkring, hvad hun synes var det mest udfordrende derhjemme, og at jeg også løbende har tilbudt forældrene, at [barnets navn] kunne komme med undervejs, for at vi kunne få justeret de her redskaber, så det gav mening for hende også, eller hun i hvert fald fik lidt en forståelse for, hvordan det er der arbejdes.

Som vi har set tidligere, kan inddragelsen af den unge også være en udfordring, bl.a. fordi de unge er på vej til at blive mere selvstændige. Samtidig skal man som terapeut realisere et relationelt fokus, hvor forældre og ung skal nærme sig hinanden. Det kan være svært at skulle indgå aftaler og kompromisser mellem den unge og forældrene, når den unge netop er på vej mod mere selvstændighed. I tråd med inddragelsen fremhæver et par af terapeuterne, at opstarten af et forløb fungerer anderledes med de unge end med mindre børn. Her plejer man at lave en samspilsopgave, hvor man optager et samspil mellem forældre og barn, som får nogle specifikke opgaver, der skal løses, mens terapeuten ikke er til stede. Denne øvelse giver ifølge terapeuterne ikke mening i forhold til de ældre børn.

De komponenter, som flest terapeuter har oplevet skulle justeres i forhold til den ældre målgruppe, er "Grænsesætning" og "Belønning og konsekvens". Terapeuterne oplevede, at Grænsesætning ikke kunne rumme de unge, som den var defineret i PMTO til børn mellem 4-12 år. Derfor har man foretaget nogle justeringer, som terapeuterne oplever, har rigtig god effekt. En terapeut fortæller:

Terapeut: Jamen, nu nævnte jeg lige pausestolen, at man kan ikke få en 12-årig til at sidde i en pausestol, eller en 13-årig. Men der er der udviklet sådan et balanceskema i stedet for, altså hvis du har så mange plus'er i stedet for minus'er, så er der måske en belønning. Man tænker overordnet hele tiden i ros og opmuntring, men også i konsekvenser.

Flere terapeuter fremhæver, at det var nyt at skulle arbejde med konsekvens og ikke kun belønning, hvilket ifølge dem fungerede rigtig godt, som en terapeut siger; "At hvis det er du samarbej-

der, så er der en belønning, hvis du ikke gør, så har det en konsekvens." Terapeuterne oplever, at det har en positiv indvirkning på samarbejdet med den unge, hvis man går i dialog med ham/hende og sammen taler om, hvilken konsekvens der skal være, hvis den unge ikke følger de aftaler, de selv har været med til at indgå.

Af andre komponenter, som har fyldt mere i arbejdet med de unge, nævnes også ros og opmuntring med fokus på at løfte den unge samt positiv involvering. En terapeut fortæller:

Terapeut: Fx i den her positive involvering, ikke også, den har jeg brugt noget mere i det forløb, som jeg lavede, end jeg har gjort i nogle af de andre, tror jeg, altså at der var jeg gået noget mere ind i det, også det her med at sige, at forældrene fik en fornemmelse af, "nå jamen, gør han det for at være uartig", eller hvordan er det lige, og hvor meget deres betydning for ham egentlig alligevel var gavnlig for ham. Så den positive involvering har fyldt noget mere for mig.

Fokus i forløbene med de unge er derfor en smule anderledes end ved de yngre børn, men det handler primært om mindre justeringer. Som et sidste element fremhæver terapeuterne rollespil som væsentligt for et succesfuldt forløb. En af terapeuterne fortæller:

Terapeut: At vi er oppe på gulvet og øve, altså lave de der rollespil. Det kender jeg ikke, det har jeg ikke brugt før, sådan, i behandling, og det er en stor forskel, og det skulle man vænne sig til, og det er jeg blevet ret begejstret for. Jeg tror på, det har en effekt.

Flere af terapeuterne oplever, at det har en god effekt at prøve tingene af, og at man derved også får både forældre og den unge mere med i forløbet.

Ud over at reflektere over, hvilke komponenter der har været særligt brugbare i indsatsen til de unge, har nogle af terapeuterne overvejet, hvilke ændringer, man kunne foretage fremadrettet. En af terapeuterne nævner fx, at det kunne være en overvejelse, om VIA skulle tilbyde mere supervision til den gruppe af terapeuter, der skal arbejde med den lidt ældre aldersgruppe:

Terapeut: Fordi når det er teenagere, så er det ofte mere voldsomt, end fx hvis du har en på 8 år, altså du kan godt have en på 8 år, når du arbejder med PMTO, og have den 8-årige elev gående rundt i lokalet, under bordet og er fuldstændig udadreagerende, men det er mere voldsomt at se på og være en del af, når den unge er 16 eller 17, end hvis det er en på 8 år. Så derfor så, og det bliver man selvfølgelig også fyldt af som terapeut, så det er derfor, jeg siger det der med supervision.

Som den sidste justering foreslår en terapeut, at man som et supplement til arbejdet med de unge i højere grad kunne overveje at gøre brug af den unges netværk. Netværket kunne bruges som en ressource til at skabe og sikre nogle gode rollemodeller. Terapeuten fremhæver, at man i forhold til de yngre børn allerede arbejder meget med deres omgivelser og netværk i form af skole og daginstitutioner. Terapeuten pointerer derfor, at man kunne gøre det samme med unge, blot i form af venskaber, en god håndbold- eller fodboldtræner eller noget helt tredje.

2.5.2.3 M-SKP

Som tidligere nævnt består M-SKP-modellen af en række anbefalinger, som kommunerne selv skal udarbejde procedurer for. Modellen kan derfor ikke sidestilles med en manual, som vi fx ser i KiK-indsatsen, der på forhånd har en plan, som trænerne skal følge trin for trin. Før den egentlige implementering af mentorforløbet kan påbegyndes, ligger der altså en ekstra udviklingsopgave for

kommunerne. Gennem analysen er det blevet tydeligt, at der har været en række udfordringer i arbejdet med M-SKP-modellen, og at kommunerne ikke er kommet i mål med implementeringen i projektperioden.

De kommuner, som i indeværende projekt har afprøvet M-SKP-modellen, har også medvirket i udviklingen af den. Modellen tager derfor udgangspunkt i kommunernes tidligere erfaringer med mentorforløb, hvilket betyder, at kommunerne allerede arbejder med en del af anbefalingerne. Kommunerne har selv udvalgt, hvilke anbefalinger, de vil arbejde med i indeværende projekt, og metodeleverandørerne vurderer, at de maksimalt har arbejdet med fem til seks anbefalinger, som er nye for dem. Metodeleverandørerne har undervejs opfordret kommunerne til at udvælge et færre antal elementer at arbejde med, hvis de har vanskeligt ved at komme i gang, og vurderer, at kommunerne samlet set agerer efter ca. halvdelen af anbefalingerne. I en af kommunerne har man fx haft fokus på rammesætning, målsætning, tidsperspektiv og afslutning af et forløb, som alle var elementer, de ikke tidligere havde beskæftiget sig så meget med. Ifølge tovholderen har det fungeret godt at være meget tydelig på rammer, målsætninger og tidsperspektiver, og tovholderen har en oplevelse af, at mentorerne synes, det har været godt at måldefinere med den unge i stedet for, at målene bliver "sat oppefra" i en handleplan. Derudover har de positive erfaringer med, at man ved afslutning af et forløb sikrer sig, at de unge sendes videre til noget andet, eller at man har noteret, hvad man har anbefalet – noget, de vil begynde at bruge i deres resterende kontaktpersonsamarbejde.

Analysen tyder på, at en vis tilpasning er nødvendig, før M-SKP-modellen kan blive et funktionelt redskab for kommunerne. Metodeleverandørerne fortæller, at kommunerne giver udtryk for, at de mangler klare beskrivelser af, hvad det er, de skal gøre. Som det ser ud nu, er det en meget tidskrævende proces for kommunerne, som ikke står mål med udbyttet. Man kan derfor overveje fremadrettet, om man forsøger at favne for bredt i modellen, så det ender med at være begrænsende for kommunerne. Flere kommuner oplever, at der er et spænd mellem det praktiske og det overordnede niveau. Mens nogle anbefalinger giver mening på et overordnet niveau – fx hvilke egenskaber, mentoren skal have – er der andre anbefalinger, som man med fordel kunne gøre mere målgruppespecifikke.

På grund af den begrænsede datamængde har vi ikke kunnet afdække, hvilke elementer der ifølge kontaktpersoner og mentorer er afgørende for et succesfuldt forløb. Dog fremhæver en kontaktperson, at det er vigtigt at få skabt en god og tillidsfuld relation til de unge, så de føler sig trygge i kontaktpersonen/mentorens selskab. Det betyder, at kontaktpersonen skal være tydelig og skal give den unge en oplevelse af at blive taget alvorligt. Som kontaktperson/mentor skal man desuden overholde sine aftaler.

Digitalt dokumentations- og udviklingsværktøj

Metodeleverandørerne har, i samarbejde med de deltagende kommuner, udviklet et digitalt dokumentations- og udviklingsværktøj i form af en digital logbog. Logbogen er standardiseret og består af 10 overordnede spørgsmål. Optimalt set skulle mentor og borger have udfyldt den digitale logbog hver dag, men det er der meget få, der har gjort. Metodeleverandørerne fortæller, at det kan skyldes, at mentorerne har glemt det, ikke har haft tiden til det, eller at spørgsmålene skal rumme en for bred målgruppe.

Kommunerne fremhæver selv, at der er for meget dokumentation forbundet med projektet. De skal både benytte kommunens eget dokumentationssystem, den digitale logbog og udfylde dokumentation i forbindelse med implementeringsevalueringen udarbejdet af VIVE. Både metodeleverandørerne og kommunerne fortæller, at det kan give anledning til forvirring over, hvad forskellen er på dokumentationstyperne. For nogle kontaktpersoner/mentorer kan det opleves som dobbeltarbejde,

og at man skal bruge for meget tid på dokumentation. Den digitale logbog har altså ikke fungeret som en hjælp for mentorerne/kontaktpersonerne, men opleves i højere grad som en tidskrævende ekstraopgave, der ikke er meningsgivende i deres arbejde.

2.5.3 Opsummering

2.5.3.1 KiK

Analysen viser, at forældrenes motivation er høj i KiK, og at den stiger, i takt med at de deltager i flere kursusgange. Ligesom med trænerne motiverer det forældrene, at de kan se en forandring på børnene derhjemme, når de benytter de redskaber, de får på KiK-kurset. Det ser også ud til, at det fællesskab, som KiK-kurset tilbyder, virker positivt på forældrenes motivation, fordi de kan dele deres oplevelser med andre forældre, der oplever de samme problematikker. Det materiale, som ADHD-foreningen har udviklet, i form af manual og slides, understøtter i høj grad implementeringen og sikrer en høj grad af metodefidelitet. Materialet er let for trænerne at gå til, og det er derfor let at efterleve metoden for dem. Manualen gennemgår dagens tema, og hvilke øvelser, trænerne skal lave med forældrene. De slides, som ADHD-foreningen har udviklet, bruges i deres præsentation. Dvs. at alle forældre, som deltager i et KiK-kursus, vil blive præsenteret for næsten samme indhold, uafhængigt af hvilke trænere, de modtager undervisning af. Generelt er trænerne meget loyale over for manualen, også i gennemgangen af tematikker, som de ved der kan komme modstand på fra forældrene. I enkelte situationer har trænerne oplevet udfordringer i forhold til at følge manualen stringent. Det drejer sig fx om situationer, hvor forældrene allerede kender indgående til et tema, der skal præsenteres. Man har i de tilfælde været nødt til at foretage små tilpasninger i samarbejde med ADHD-foreningen. Trænerne anser det som særligt væsentligt for et succesfuldt forløb at få skabt et behageligt og tillidsfuldt rum under træningen, hvor forældrene føler sig tilpas og har lyst til at dele deres oplevelser. Trænerne oplever, at det har stor værdi, at indsatsen er opbygget som gruppeforløb, fordi forældrene har kunnet spejle sig i hinanden og dele erfaringer. Desuden lægger trænerne vægt på vigtigheden af at være et makkerpar, som kan supplere hinanden i undervisningen, supervisere og give hinanden feedback. Når trænerne er to, bliver det desuden muligt at kunne håndtere eventuelle følelsesmæssige situationer blandt forældrene på undervisningsgangene.

2.5.3.2 PMTO

PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd har ikke konkurreret med andre lignende tilbud i kommunen, og det har været muligt at få nok unge med i projektet. Analysen viser bl.a., at det kan være en fordel, hvis udførerdelen og visitationen er placeret under samme tag, da det gør det lettere at sørge for, at de rette medarbejdere har den nødvendige information om projektet. Under afprøvningen af PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd har fokus særligt været på arbejdet med de unge som ny målgruppe. Terapeuterne har i forvejen stor erfaring med at arbejde med PMTO til børn med ADHD og oplever, at den almindelige PMTO sagtens kan rumme målgruppen. Derimod er den ældre aldersgruppe blandt børnene ny. Terapeuterne har alle oplevet, at arbejdet med PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd var meningsgivende, og at de har fået nogle nye redskaber at arbejde med. Det gælder særligt i forhold til inddragelse af den unge i eget forløb samt komponenterne "Grænsesætning" og "Belønning og konsekvens". Her har man foretaget justeringer af den eksisterende metode, så komponenterne i højere grad passer til ældre børn – justeringer, der opleves som effektive af terapeuterne. Fokus i forløbene med de unge er derfor en smule anderledes end ved de yngre børn, men det handler primært om mindre justeringer. Som mulige tilpasninger fremadrettet nævner terapeuterne bl.a., at man kunne overveje at tilbyde mere supervision til den gruppe af terapeuter, der skal arbej-

de med unge, fordi en udadreagerende adfærd kan virke mere voldsom, når man har at gøre med et større barn, samt at inddrage den unges netværk for at sikre nogle gode rollemodeller.

2.5.3.3 M-SKP

I praksis har det vist sig at være svært at få nok unge med i M-SKP-projektet, der matcher modelens målgruppe. Det skyldes bl.a., at metoden ligger så tæt op ad kommunernes eksisterende ydelse, at det derfor har været svært at skelne mellem, hvilke unge der skulle have et almindeligt mentorforløb, og hvilke der skulle have et mentorforløb med fokus på ADHD. Der har desuden været stor variation i kommunerne, når det kommer til visitationen. Nogle har taget udgangspunkt i unge, som de allerede havde på en eksisterende venteliste, andre har flyttet en række unge fra et andet forløb over i indeværende projekt, og en anden kommune har fået lov til at udvide målgruppen op til 30 år, så den passer bedre ind i deres organisering. Målgruppen ser derfor ud til at variere fra kommune til kommune.

M-SKP-modellen er bl.a. udviklet med udgangspunkt i kommunernes tidligere erfaringer med mentorforløb, hvilket betyder, at de allerede arbejder med en del af anbefalingerne. Metodeleverandørerne vurderer, at kommunerne samlet set agerer efter ca. halvdelen af anbefalingerne, men at de har arbejdet med fem til seks nye anbefalinger, som de selv har udvalgt. Før den egentlige implementering af mentorforløbet har kunnet påbegyndes, skulle de selv udarbejde procedurer for, hvordan anbefalingerne skal realiseres. Det betyder, at kommunerne har skullet bruge en del tid på den indledende forberedelse, og derfor er de kommet sent i gang med at starte unge op i forløb. Resultatet af analysen tyder på, at der skal en vis tilpasning til, før M-SKP-modellen kan blive et funktionelt redskab for kommunerne. Det indebærer, at der angives mere klare og specifikke beskrivelser af, hvordan anbefalingerne kan udmøntes i praksis. Det samme ser ud til at gøre sig gældende for det digitale dokumentations- og udviklingsværktøj, som ikke har fungeret som en hjælp for mentorerne/kontaktpersonerne, men i højere grad opleves som en tidskrævende ekstraopgave. Mentorerne har ikke benyttet værktøjet efter hensigten, og analysen viser, at man i kommunerne oplever, at der er for meget dokumentation forbundet med projektet, som opleves som dobbeltarbejde

2.6 Opsamling på implementeringsevalueringen

Analysen peger på, at jo mere skarpt metoden er defineret, og jo bedre tilrettelagt understøttelsen er, jo større er sandsynligheden for, at implementeringen lykkes. Overordnet set er der større succes med de manualbaserede metoder, bl.a. fordi de i højere grad er beskrevet og afprøvede.

2.6.1 KiK

KiK er i høj grad succesfuldt implementeret. ADHD-foreningen arbejder systematisk med at rekruttere de rette personer som trænere og gør meget ud af at sørge for, at der er et godt match mellem de trænere, der skal indgå i et makkerpar. Samtlige trænere har gennemgået en fælles træneruddannelse og oplever at være klædt godt på til at skulle gennemføre KiK-kurset i praksis. ADHD-foreningen har fået sikret en høj grad af motivation og ejerskab blandt trænere, som oplever, at indsatsen er meningsfuld, og at den resulterer i den ønskede effekt. Selvom vi ser, at der er en høj grad af motivation blandt trænere, oplever ADHD-foreningen dog, at det til tider kan være en udfordring at få trænere til at gennemføre mere end ét KiK-forløb. Som hovedårsag nævner foreningen manglende tid hos de frivillige trænere, typisk på grund af ændrede livsomstændigheder.

Trænere oplever at være rigtig godt hjulpet af ADHD-foreningen, som rådgiver og giver feedback på deres undervisning. De har skabt de rette forudsætninger for trænere, så de kan gennemføre

KiK-kurset. Trænerne oplever, at der er sørget for alle de praktiske omstændigheder, så de blot skal tænke på at afholde undervisningen. Den manual og de slides, som ADHD-foreningen har udviklet, letter forberedelsen og selve undervisningen for trænerne. Det understøtter således implementeringen og sikrer en høj grad af metodefidelitet.

Trænerne anser det som særligt væsentligt for et succesfuldt forløb at få skabt et behageligt og tillidsfuldt rum under træningen, hvor forældrene føler sig tilpas og har lyst til at dele deres oplevelser. Trænerne oplever, at det har stor værdi, at indsatsen er opbygget som gruppeforløb, fordi forældrene har kunnet spejle sig i hinanden og dele erfaringer.

Analysen viser også, at der muligvis ligger et potentiale i at få fat i en bredere målgruppe, hvis man samarbejder med kommunerne om rekrutteringen. Der er muligvis en skævvridning i, hvilke familier der modtager KiK-kurset, når ADHD-foreningen selv rekrutterer familier. KiK-deltagere er kendetegnet ved at være en gruppe af forældre, som er opsøgende, og som ofte er mere ressourcestærke end den gennemsnitlige forælder til et barn med ADHD eller ADHD-lignende udfordringer. Det finder vi i den kvantitative analyse (se kapitel 3). Det vil altså ofte være foreningens medlemmer, personer, der modtager foreningens nyhedsbrev, eller personer, som følger foreningen på Facebook eller lignende. Det er derfor muligt, at et mere indgående samarbejde med kommuner kan hjælpe til at opspore familier, som ellers ikke ville være opmærksomme på, at ADHD-foreningen udbyder kurset.

2.6.2 PMTO

Kommunerne er kommet langt i implementeringen af PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd. Der har fra start været en positiv indstilling til metoden, både blandt ledelsen og medarbejdere, og derfor har det været naturligt at gå ind i projektet. Kommunerne har udannet personalet, og de føler sig klædt på til at arbejde med indsatsen i praksis. Flere nævner, at erfaring og flere forløb vil gøre dem tryggere i forhold til at bruge PMTO til de ældre børn. Man har formået at få nok unge med i projektet. Alle kommuner har haft det planlagte antal forløb. Der, hvor vi ser en udfordring, er i forbindelse med omstruktureringer i kommunen, som besværliggør en prioritering af indsatsen fra ledelsens side. Det gør det også svært at brede viden om projektet ud. Der har dog generelt været begrænset bevågenhed på projektet fra ledelsen, og terapeuterne har i høj grad selv været drivkraften bag implementeringen.

PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd er forholdsvis enkelt for kommunerne at implementere i organisationen. Det skyldes, at kommunerne allerede har foretaget de organisatoriske og strukturelle ændringer, som er nødvendige i arbejdet med PMTO. Dermed er det nødvendigt med justeringer i forhold til at sikre implementeringen af den udbyggede PMTO-indsats og ikke om en implementering fra bunden. Implementeringen har i udgangspunktet haft bedre vilkår end fx M-SKP-modellen. At der er opbygget en solid erfaring og viden i medarbejdergruppen i forvejen, og at organisationen allerede har gjort en del af forarbejdet, er altså medvirkende til en succesfuld implementering.

PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd har primært bidraget med noget nyt i forhold til de lidt ældre børn over 12 år, da metoden i forvejen er god til at rumme målgruppen af børn med ADHD.

2.6.3 M-SKP

Evalueringen af M-SKP-modellen bygger på et meget begrænset datamateriale. Resultatet af analysen bidrager derfor med viden om de overordnede tematikker og tendenser, vi ser, men skal ikke opfattes som dækkende for implementeringen på tværs af de deltagende kommuner.

M-SKP-modellen er baseret på en række anbefalinger og skal ikke betragtes som en manual til, hvordan der skal arbejdes i praksis. Derfor ligger der en tidskrævende proces for kommunerne i at udvikle procedurer, som passer til den enkelte kommunes organisering. Det betyder, at en stor del af tiden i projektet er blevet brugt på at forberede sig på en egentlig implementering, hvilket har forhalet selve afprøvningen af modellen i praksis. Det tyder på, at en vis tilpasning er nødvendig, før M-SKP-modellen kan blive et mere funktionelt redskab for kommunerne, som oplever, at der er et spænd mellem det praktiske og det overordnede i modellen. Det kan derfor være en overvejelse, om man med M-SKP forsøger at favne for bredt (både når det kommer til målgruppen og forskellige forvaltninger/afdelinger), så det ender med at blive begrænsende for kommunerne. Mere klare beskrivelser af, hvad kommunerne helt konkret kan gøre i praksis, vil muligvis kunne hjælpe implementeringen bedre på vej.

Kommunerne får ikke tilført ekstra ressourcer i forbindelse med projektet. Det er derfor op til den enkelte kommune selv at få prioriteret projektet blandt de eksisterende indsatser og finde tiden til at arbejde med M-SKP-modellen. Resultatet af analysen viser desuden, at der er en række lovgivningsmæssige og økonomiske begrænsninger i kommunernes organisering, som bremser samarbejdet. Derfor har nogle kommuner udelukkende arbejdet med modellen i én enkelt forvaltning/afdeling. Det er derfor nødvendigt, at den øverste ledelse inddrages i projektet, hvis man skal lykkes med at lave en tværgående indsats. For nogle kommuner har det desuden været utydeligt, hvad forskellen har været på eksisterende praksis og indeværende projekt. Det betyder bl.a., at det kan være svært for kommunerne at opretholde motivationen og sikre et ejerskab, fordi det er utydeligt, hvad formålet med metoden er. I tråd hermed kan det også være svært at få unge deltagere i indsatsen, bl.a. fordi det er svært for sagsbehandleren at vurdere, om de unge skal have et almindeligt mentorforløb eller et mentorforløb med fokus på ADHD.

3 Deltagernes udvikling

I denne del af undersøgelsen analyserer vi deltagernes udvikling mellem indsatsernes opstart og afslutning. Vi præsenterer først den kvalitative analyse, som bygger på interview med forældre og unge. Derefter præsenterer vi den kvantitative analyse, der bygger på data fra spørgeskemaer.

3.1 Metode – interview

3.1.1 Interview med unge og forældre

Vi har gennemført interview med forældre til børn eller unge, der har ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder, og som enten har deltaget i et KiK- eller PMTO-forløb. Derudover har vi gennemført interview med unge, der har ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder, og som har deltaget i M-SKP.

3.1.1.1 Interviewdeltagere – Forældre

Forældrene blev rekrutteret ved henvendelse til ADHD-foreningen og PMTO-terapeuterne i de deltagende kommuner. I alt har 11 forældre deltaget i interview – 6, som har deltaget i et KiK-forløb, og 5, som har deltaget i et PMTO-forløb. Af disse forældre har 7 forældre et barn, som er diagnosticeret med ADHD, mens de resterende 4 forældre har børn med ADHD-lignende vanskeligheder (fra KiK-familierne er det 5 børn, der har fået diagnosen ADHD, mens det blandt PMTO-familierne er 2 børn). Børnene til forældre, der har deltaget i KiK, var i gennemsnit lidt yngre end børnene til forældre i PMTO-forløbene – blandt KiK-forældrene var børnenes gennemsnitsalder 8,9 år (den yngste 6 år og den ældste 10 år), mens den blandt PMTO-forældrene var 10,6 år (den yngste 7 år og den ældste 14 år). De 6 forældre, der har deltaget i et KiK-forløb, er alle i arbejde, mens én af de forældre, der har deltaget i et PMTO-forløb, er i arbejde. Af de resterende var én på barsel, én var ledig, én var sygemeldt, og den sidste på førtidspension. Alle interviewede på nær én er mødre.

3.1.1.2 Forældreinterview

Forældreinterviewene blev gennemført som telefoninterview, der varede fra 45 minutter til 1 time. Telefoninterviewet gør det nemmere for interviewdeltageren at deltage, da interviewet kan laves i en frokostpause, i bilen på vej fra arbejde eller om aftenen, efter at børnene er gået i seng. På den måde kan telefoninterviewet som metode bidrage til, at personer, der ellers ville have sagt nej af praktiske eller tidsmæssige årsager, alligevel kommer til at deltage i undersøgelsen (Sturges & Hanrahan, 2004; Trier-Bieniek, 2012).

Fokus i interviewet var på forældrenes oplevede virkning af forløbet, dvs. hvilken betydning de har oplevet, at forløbet har haft for barnet og familiens hverdagsliv. Interviewet tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide (Mason, 2002) med en række indledende spørgsmål om, hvem der bor i hjemmet og familiens sammensætning. I telefoninterview er det vigtigt at starte med såkaldte "lære-dig-at-kende" spørgsmål som en måde at etablere tillid på i situationer, hvor den personlige interaktion mangler (Trier-Bieniek, 2012). Derefter blev forældrene spurgt ind til barnets vanskeligheder, og hvilken betydning disse vanskeligheder havde for familiens hverdagsliv forud for forløbet. De følgende spørgsmål handlede om, hvordan familiens hverdagsliv var nu sammenlignet med, før de deltog i forløbet inden for en række områder, fx hverdagen i hjemmet samt barnets skolegang og fritidsliv. Dernæst gik interviewet tættere på forældrenes oplevelse af at arbejde med de konkrete

elementer i forløbet – hvad der havde fungeret for netop deres familie, og hvad der i mindre grad havde virket for dem. Til sidst blev interviewet afsluttet med spørgsmål om selve forløbets gennemførelse. Her var der i KiK-interviewene særligt fokus på forløbets frivillighedsaspekt, mens der i PMTO-interviewene var fokus på samspillet med terapeuten eller familiebehandleren.

3.1.1.3 Interviewdeltagere – Unge

Grundet rekrutteringsudfordringer har blot to unge deltaget i interview i forbindelse med denne evaluering. Udfordringerne hænger sammen med, at det har taget tid at få M-SKP-indsatsen i gang i de deltagende kommuner (se implementeringsevalueringen). Derfor er der kun få unge, som har været i gang med et forløb i løbet af evalueringsperioden. For at sikre deltagerne anonymitet beskriver vi ikke karakteristika ved de to deltagere i analysen (fx køn, præcis alder eller kommune). Der er tale om en dreng og en pige, der begge er i de første teenageår. På tidspunktet for interviewet var de begge fortsat i gang med deres M-SKP-forløb. De havde haft en mentor i henholdsvis 4 og 6 måneder på interviewtidspunktet. De unge blev rekrutteret ved henvendelse til kommunernes koordinatore for M-SKP-indsatsen.

3.1.1.4 Ungeinterview

Ungeinterviewene blev gennemført som semistrukturerede interview af 30 minutters varighed af hensyn til den unges koncentration (Mason, 2002; Singh m.fl., 2010). Fokus i interviewet var på de unges oplevede virkning af M-SKP for deres hverdagsliv. De unge blev derfor spurgt ind til tre områder af deres hverdagsliv: hjemmet, skolen og fritiden – herunder, hvilke udfordringer de oplevede, før de startede i et M-SKP-forløb, hvordan deres mentor eller støttekontaktperson har kunnet hjælpe dem, om der har været noget konkret, mentoren eller støttekontaktpersonen ikke har kunnet hjælpe med, og hvilken betydning M-SKP overordnet har haft for deres hverdag. Afslutningsvis blev de unge spurgt ind til relationen til deres mentor eller støttekontaktperson.

For at gøre interviewets fokus konkret for de unge blev interviewguiden udformet med afsæt i en række visuelle elementer. Disse bestod af kort med tegninger, der beskrev, hvilket område af den unges hverdagsliv, som spørgsmålene handlede om (hjemmet, skolen eller fritidslivet), samt en skala med tallene fra 0-10, hvor den unge først skulle besvare spørgsmålet: "På en skala fra 0-10, hvordan havde du det så [derhjemme/i skolen/i fritiden], før du fik en mentor/støttekontaktperson?", hvor 0 var det dårligste og 10 det bedste. Senere i interviewet blev de unge bedt om at besvare samme spørgsmål, men nu med fokus på, hvordan de havde det i dag. Denne metode bidrog til at gøre før- og efterperspektivet i udviklingsevalueringen konkret for de unge.

3.2 Forældrenes perspektiv på virkningen af indsatserne (KiK og PMTO)

I dette afsnit belyser vi via interview, hvordan forældre – der har deltaget i enten et KiK- eller PMTO-forløb – har oplevet virkningen af indsatsen. Først belyser vi, hvordan forældrene beskriver hverdagen i familien, før de deltog i forløbet, og efterfølgende, hvilken betydning de oplever, at forløbet har haft for barnet og familiens hverdagsliv, samt hvordan det har været at arbejde med de enkelte elementer i indsatserne. I kapitlet behandler vi temaerne: familien og barnets hverdagsliv før og efter forløbet, brugen af redskaber og viden fra forløbet, udviklingen i forældrekompetencer, samt udviklingen inden for barnets trivsel, adfærd og skolegang.

3.2.1 Barnets og familiens udfordringer forud for indsatsen

Konflikter, voldsom adfærd, skældud og manglende tid og overskud til de andre børn i familien, er nogle af de hyppigste fortællinger, som forældrene har om hverdagen i hjemmet, før de begyndte i enten KiK eller PMTO. Barnets udfordringer påvirkede i de fleste tilfælde hele familien og deres samvær, og forældrene fortæller om hyppig skældud og skænderier både søskende og forældre imellem. Torben, som har deltaget i KiK, fortæller om denne tid:

Vi var presset på vores ægteskab – på alt. Altså vores hverdag var bare forfærdelig, og vi kunne jo godt se, at Kaya [8 år] havde det svært, men hun fik stadigvæk rigtig meget skældud, fordi vi synes heller ikke, at det kunne passe, at hun skulle sætte dagsordenen for en hel familie.

De mange konflikter skabte ofte en negativ stemning i hjemmet og begrænsede i nogle tilfælde familiernes deltagelse i aktiviteter uden for hjemmet. Nogle af forældrene fortæller, at barnets adfærd gjorde det svært at deltage i familiearrangementer eller klare praktiske gøremål, fx indkøb. Flere af forældrene giver derfor udtryk for, at barnet fyldte meget i hjemmet på en negativ måde, hvor fx familieaktiviteter måtte planlægges på barnets præmisser. I de familier, hvor barnet har søskende, fortæller flere af forældrene, at motivationen for at starte op i enten KiK eller PMTO særligt var et ønske om at give familiens øvrige børn mere plads i familien og skabe et bedre forhold mellem barnet med udfordringer og dennes søskende. Karin, som har deltaget i PMTO, og er mor til Theis, der i dag er 11 år, fortæller:

Han har været som en tikkende bombe, der kunne eksplodere når som helst. Så han var meget uforudsigelig at være sammen med, og det er ret hårdt for en familie, når man aldrig ved, hvor man har hinanden henne. Også i forhold til hans lillebror, som nogle gange fik et par på hovedet.

I alle de familier, der har deltaget i interview på tværs af KiK og PMTO, har barnets udfordringer før forløbet haft betydning for familiens hverdag og samvær og medført et kaotisk og konfliktfyldt familieliv.

Flere af forældrene fortæller, at barnets udfordringer også kom til udtryk i skolen før forløbet. Barnet havde fx problemer med at følge beskeder, udadreagerende adfærd over for lærere og elever og oplevede mistro på grund af manglende struktur og drillerier. Kun få forældre oplevede, at udfordringerne udelukkende kom til udtryk i hjemmet. Det har også medført problemer i nogle tilfælde, da nogle forældre har oplevet, at det var svært at få hjælp til barnets udfordringer, fordi skolen ikke så de samme problemer, som de gjorde.

Når det kommer til børnenes fritidsliv, er der ingen af de interviewede forældre, der fortæller, at barnet gik til fritidsaktiviteter før forløbet. Nogle af børnene var sammen med deres venner i fritiden, hvor der ofte ikke var problemer, mens andre børn ikke har kunnet overskue legeaftaler eller samvær med kammerater uden for institutionen. Forældrene beretter derfor ikke om ændringer inden for dette område efter forløbet.

3.2.1.1 Vejen til indsatserne

Familierne har forud for deres opstart i de to indsatser haft meget forskellige forløb. Af de interviewede familier, der har deltaget i KiK, har alle på nær én familie et barn, der har fået diagnosen ADHD. Karakteristisk for disse familier er, at de selv har søgt efter tilbud eller indsatser på internettet, efter at barnet har fået diagnosen. Her finder de ADHD-foreningen og deres tilbud – herunder KiK. I den sidste familie, hvor barnet ikke har en diagnose, er det en ven af familien, som er

medlem af ADHD-foreningen, der har fortalt forældrene om KiK-forløbet. Nogle af familierne har haft lange forløb forud for KiK-kurserne, hvor de fx oplevede, at det særligt tog langt tid at få bevilget et forløb gennem kommunen. Derfor begyndte de selv at søge alternativer og fandt KiK.

Forældrene, der har deltaget i PMTO, fortæller, at de ofte har været igennem andre forløb eller tilbud, før de endte i PMTO. Blandt andet andre familierettede indsatser i kommunen (fx familierådgiver), psykolog eller børneterapeut (enten gennem skolen eller kommunen) eller kontakt med PPR. En familie har også prøvet en børnegruppe til deres barn, mens en anden familie har deltaget i et undervisningsforløb med fokus på ADHD. Derudover fortæller flere af familierne, at der ofte har været længere perioder med ventetid, efter at de har fået viden om PMTO, fx på knap 1 år fra de hørte om forløbet, til de startede. Blandt de interviewede forældre i denne undersøgelse ser vi derfor en forskel i de forløb, KiK-familierne og PMTO-familierne har haft forud for kurserne. Hvor familierne fra PMTO i mange tilfælde har deltaget i andre forløb eller indsatser før PMTO, er KiK ofte den første indsats, som familierne fra KiK deltager i.

Nogle af forældrene – særligt fra PMTO, men ikke udelukkende – giver udtryk for, at det har været svært at finde ud af, hvilke muligheder der var for hjælp til familier med børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder. Mens nogle fortæller, at de ikke vidste, det var muligt at få en indsats, så fortæller andre om vanskeligheder ved selv at prøve at søge efter muligheder, da de ikke vidste, hvad de skulle søge efter. Marianne, som har deltaget i KiK og er mor til Jesper på 10 år, fortæller:

Marianne: Man skal selv søge i lang tid som forældre for at finde ud af, hvilke muligheder der er. Jeg er villig til at betale for tingene, så det var ikke, fordi vi ledte efter noget, der skulle være gratis overhovedet. Men det var svært at finde nogle ting. Det var svært at finde nogle muligheder, som var relevante for os. Så der må jeg sige, at der ramte vi hovedet på sømmet, da vi fandt det her [KiK], den her mulighed.

Interviewer: Havde I overvejet andre muligheder eller tilbud inden?

Marianne: Ja, der var noget sommerlejr. Det var inden det her kursus. [...] Vi blev anbefalet at gå ind på ADHD-foreningens hjemmeside, men det er jo en stor blandet landhandel. Og når man ikke ved, hvad det er, man leder efter, så er det svært at finde.

Forud for Jespers ADHD-diagnose var PPR inde over sagen, hvor Jesper havde samtaler med en række forskellige skolepsykologer. Først senere blev Jesper udredt og fik diagnosen, hvorefter familien begyndte at søge efter tilbud på internettet. Ligeledes fortæller Signe, der har deltaget i PMTO, at hun heller ikke vidste, hvor man kunne få hjælp. På spørgsmålet om hun havde overvejet andre tilbud, siger hun: "Nej, jeg har slet ikke kunnet se det for mig. Jeg er slet ikke blevet tilbudt noget i den stil, og jeg har slet ikke vidst, hvad jeg skulle søge efter". Signes datter, Trille, på 14 år har ikke en diagnose, men begyndte for 3 år siden at have meget fravær i skolen. Signe og Trille startede hos en familiebehandler, men uden succes, blev tilbudt et andet program for unge med angst, men flyttede kort efter til en anden kommune, hvor Signe straks kontaktede den nye kommune. Herefter var de først hos en børneterapeut, men blev så henvist til PMTO. Nogle af familierne har således oplevet lange forløb, og fundet det svært at navigere i de tilbud, der kan søges frem online eller tilbydes kommunalt, mens andre også har været i tvivl, om hvad man kunne søge hjælp til.

3.2.2 Brugen af elemeterne og redskaberne fra KiK og PMTO i familiernes hverdag

I dette og de kommende afsnit dykker vi ned i nogle af de elementer og redskaber, som forældrene har lært ved deltagelse i KiK og PMTO. I afsnittene har vi fokus på, hvordan forældrene har oplevet at arbejde med elementerne og redskaberne udenfor og efter forløbet, samt hvilke fordele og udfordringer de fremhæver i forbindelse hermed.

3.2.2.1 Struktur og tydelighed

Begge indsatser fremhæver i deres materiale vigtigheden af struktur og faste rammer i barnets hverdag. Mangler dette kan det føre til kaos og stressede situationer. Til at skabe denne struktur og forudsigelighed bygger begge indsatser på principper såsom faste rutiner, tydelige beskeder og klare forventninger. Til at understøtte dette kan forældrene anvende visuelle hjælpemidler, fx skemaer og piktogrammer, som kan hjælpe barnet til at få overblik over hele eller dele af sin hverdag.

Et af de elementer, som forældrene særligt fremhæver, er betydningen af at give barnet korte og tydelige beskeder, der – ifølge forældrene – hjælper barnet til at vide, hvad der forventes i hverdagen. Det finder vi på tværs af de to indsatser. Nogle af forældrene fremhæver, hvordan de både tænker over længden på beskeden, og hvordan den kommunikeres til barnet. Pia, som har deltaget i PMTO, fortæller:

Jeg synes, at det der med den gode besked, hvor man lige skal give en besked ordentligt og så afvente – det har gjort, at jeg har tænkt meget mere over, hvordan jeg har talt til ham [Valdemar, 7 år]. Og det har bare betydet helt vildt meget for mig, men også for Valdemar. Helt vildt meget. Mere end hvad jeg turde håbe på.

Ifølge Pia har denne ændring i kommunikationen med Valdemar betydet, at hverdagen er blevet nemmere, og at hun som forælder er mindre vred og frustreret. Andre forældre fra både KiK og PMTO giver udtryk for, at tydelige og klare beskeder har gjort det nemmere for barnet at forstå, rumme og følge forældrenes beskeder, resulteret i færre diskussioner samt mindre skældud.

Et andet element, som flere af forældrene har fundet virkningsfuldt, er at skabe en struktur med faste rutiner og forudsigelighed for barnet. Flere forældre fortæller om faste morgen- og aftenrutiner, som bidrager til at skabe forudsigelighed. I flere af familierne fortæller forældrene, at det særligt er skift eller uforudsete ændringer i løbet af dagen, som kan være vanskelige for barnet at håndtere. For nogle af forældrene har deres deltagelse i forløbet bidraget til at skabe en større opmærksomhed på vigtigheden af faste rutiner. Som Mette, der har deltaget i KiK, siger: "Det er blevet mere klart for os, at når vi afviger, så sker der en reaktion. Hvor vi førhen ikke altid var helt skarpe på, hvad der skete, kan vi nu se, at det er, fordi vi ikke gjorde, som vi plejer". I enkelte familier hører vi dog, hvordan det i en travl hverdag til tider kan være vanskeligt at holde fast i rutinerne, fx på længere arbejdsdage eller i perioder med travlhed i familien.

Det er gennemgående for flere af interviewene, at forældrene fortæller, at de er blevet mere opmærksomme på, at barnet har behov for at blive forberedt på både små hverdagsaktiviteter og større begivenheder. I nogle af familierne sætter den ene forælder sig sammen med barnet om aftenen og fortæller om næste dags program. Når der er tale om større begivenheder, fx familiearrangementer, taler forældrene med barnet om arrangementet flere gange som forberedelse til familiens deltagelse. For nogle familier har dette fokus på større forudsigelighed også betydet, at de har skåret ned på antallet af aktiviteter for barnet. Disse redskaber har ifølge forældrene bidraget til at skabe en større ro og færre frustrationer hos barnet. Det betyder, at flere af forældrene fortæller, at der nu er færre konflikter, særligt omkring hverdagsaktiviteter såsom at komme afsted i skole, spisetider og sengetider om aften.

I flere af familierne har ugeskemaer, piktogrammer og belønningsskemaer bidraget til at understøtte de faste rutiner. Blandt forældrene fra KiK fortæller de om forskellige visuelle elementer eller redskaber (fx ugetavle, dagsskema, piktogram, social historie), mens forældre fra PMTO primært fremhæver belønningsskemaer. Nogle af forældrene fra KiK har benyttet skemaer eller tidsplaner, der ifølge forældrene bidrager til at minde barnet om aktiviteter og aktiviteternes rækkefølge (og på den måde fx være med til at understøtte og fastholde morgen- og aftenrutinerne). Torben fortæller her, hvilken betydning brugen af tidsplaner har haft for hans 9-årige datter Kaya: "På en eller anden måde kan hun bedre koncentrere sig om det, når hun kan se det visuelt. Det er bare som om, at alt bare hænger bedre sammen. Fordi så bliver hun hele tiden mindet om, hvad det er, hun skal". Nogle har også brugt piktogrammer, fx over toiletbesøg eller pakning af skoletasken, som har bidraget med ro, struktur og forudsigelighed. Nogle af familierne benytter "time timer", som er et ur, der via et rødt felt viser, hvor meget tid der er tilbage. Dette hjælper særligt barnet til at overholde aftaler om skærmbrug (fx iPad og tablet) og har bidraget til at nedbringe konflikter omkring dette. Det er forskelligt fra familie til familie, hvilken type visualisering eller redskab der har fungeret for barnet. Flere af familierne har prøvet forskellige redskaber og fortsat med dem, som de oplever har været meningsfulde for deres barn.

Flere af både KiK- og PMTO-forældrene har benyttet belønningsskemaer, som har virket motiverende for barnet i forhold til at fastholde og lære nye rutiner og praksisser, fx at spise sammen med familien eller sengetider. Trine, som har deltaget i PMTO, fortæller om sin oplevelse af brugen af belønningsskemaet: "Jamen, der synes jeg næsten, at vi kunne se den største ændring den første gang, hvor vi introducerede det". Hun fortsætter med at fortælle, at begge hendes børn (også barnet uden ADHD) har belønningsskemaer, som virker motiverende i forhold til at gennemføre rutiner, såsom at tage nattøj på, børste tænder og gå i seng, hvor børnene får en præmie, når de har gennemført aktiviteten. En af de andre forældre fortæller også positivt om brugen af belønningsskemaer, men giver udtryk for, at det kan være en udfordring at fastholde barnets interesse, hvorfor der er behov for jævnligt at revidere belønningsskemaerne og finde nye belønninger. Hos en af forældrene med et barn i teenagealderen har visualiseringen af aftaler, fx hvornår den unge skal være hjemme om aften, bidraget til, at aftalerne huskes og overholdes. Alt i alt har de forskellige former for visualiseringer eller skemaer bidraget til at fastholde barnets og familiens rutiner og undgå situationer, hvor barnet bliver frustreret på grund af skift eller uforudsete aktiviteter.

Nogle af forældrene i denne undersøgelse arbejder til daglig i pædagogfaget eller havde kendskab til betydningen af en klar struktur i barnets hverdag forud for deres deltagelse i forløbet. Her har forældrene kun i mindre grad tillært sig ny viden og i højere grad oplevet forløbet som en påmindelse og bekræftelse af det, familien allerede gjorde.

3.2.2.2 Ros og det positive blik på barnet

Ud over struktur og tydelighed arbejder KiK og PMTO med betydningen af ros og det positive blik på barnet. KiK og PMTO bygger på erfaringer med, at forældre til børn med ADHD nogle gange kan have svært ved at forstå og tolke barnets handlinger i et positivt lys. Det betyder, at fokus ofte er på det, barnet ikke gør eller gør forkert, mens fokus forsvinder fra det, barnet faktisk gør. Hvis barnet ikke anerkendes og får positiv opmærksomhed for det, som barnet gør, kan det betyde, at barnet i stedet søger den negative opmærksomhed. En del af KiK og PMTO handler derfor om at ændre forældrenes blik, så fokus flyttes fra negativ opmærksomhed og skældud til ros og et positivt blik på barnets adfærd. Dette er vigtigt i forhold til at opbygge barnets selvværd og tro på sig selv.

Gennemgående for forældreinterviewene på tværs af de to indsatser er, at forældrene fortæller, at de efter forløbet skælder mindre ud og i stedet roser barnet mere. I flere af familierne har denne ændring haft stor betydning for barnets selvtillid. Karin, der har deltaget i PMTO, siger:

Theis har altid fået ekstremt meget skældud – både i daginstitutioner, men også herhjemme – og det gør vi ikke længere. Vi skælder ikke ud længere. Selvfølgelig irttesætter vi ham, hvis det er nødvendigt, men han får ikke skældud. Han får derimod ros og opmuntring. Og det er selv de bittesmå ting, som han får ros for, fx at tage sine strømper på. Og det har virkelig gjort en kæmpe forskel.

Mindre skældud og mere ros går igen i de fleste interview. Som beskrevet indledningsvist giver flere af forældrene udtryk for, at deres hverdag var præget af meget skældud før forløbet. Det medførte en negativ stemning i hjemmet. Efter forløbet har de fået opmærksomhed på betydningen af at rose barnet, og det er nu trådt i forgrunden. Forældrene irttesætter stadig deres barn, men gør det nu på en positiv måde, fx ved ikke at råbe og i stedet forholde sig rolig (fx tælle til 10), sikre sig, at de er i samme rum og har øjenkontakt, og ved at fokusere på ikke at kritisere barnet. Marianne, der har deltaget i KiK, fortæller: "Førhen var det en overfusning, nu er det kommunikation. Og det giver altså [noget]. Jeg sidder ikke i rum nr. 1 og råber ind til rum nr. 2. Nu er jeg rent faktisk der, hvor tingene sker og har øjenkontakt". Der er dog nogle af forældrene, som fortæller, at de til tider synes, det er svært at holde fast i principperne om at være rolig og huske at rose. Nogle giver udtryk for, at det er en udfordring, de fortsat arbejder med efter forløbets afslutning. Der er også nogle forældre, der giver udtryk for, at både de selv og barnet skulle vænne sig til at give og modtage ros i starten. I nogle af familierne er forældrene derfor fortsat i gang med at indarbejde og vænne sig til at rose barnet i det daglige.

Arbejdet med mere ros har betydet et ændret blik på barnet – fra et negativt til et positivt blik. Nogle af forældrene fortæller, at de nu har mere fokus på det, barnet gør og kan, og at de har fået en bedre forståelse af barnets ressourcer. Blikket bliver flyttet fra, hvad barnet ikke kan, til et fokus på barnets kompetencer. For nogle har denne ændring ikke været nem. Tove har deltaget i KiK og er mor til Mille på 10 år. Hun fortæller om en oplevelse fra forløbet:

Altså, dengang [under forløbet] hvor vi skulle finde nogle positive ting ved vores barn, der sad jeg bare helt tom i mit hoved og tænkte: "Jeg synes slet ikke, der er noget, hun er god til". Jeg kunne slet ikke se nogen positive vendinger. Så bare det der med at få vendt blikket mod, at hun kan en hel masse og indeholder en masse og gør, hvad hun kan. Det har virkelig været et vendepunkt.

For nogle forældre har der været tale om en stor ændring i deres tilgang til barnet. Det ændrede blik og den øgede ros har ifølge flere af forældrene betydet, at deres barn har fået bedre selvværd og mere selvtillid. De fortæller, at barnet selv er blevet opmærksom på færdigheder, som barnet mestrer, og har fået et mere positivt samvær med de andre familiemedlemmer.

Samværet og stemningen i familien

I flere familier fra både KiK og PMTO har det haft positiv betydning for stemningen i familien og samværet mellem familiemedlemmerne, at forældrene skælder mindre ud og i højere grad har fokus på barnets ressourcer frem for udfordringer. Karin, som har deltaget i PMTO, fortæller:

Samværet [i familien] er meget roligt nu. Vi sidder ikke på pinde, og vi er ikke bange for, at han skal eksplodere, når vi er sammen. Vi kan lave flere ting sammen, uden at vi skal være bange for, at han går helt i selvsving. Vi er heller ikke bange for at bede ham om ting længere. Selvfølgelig skal man altid være et skridt foran, når man har børn med ADHD, men vi står ikke og er bange for, at tingene hele tiden skal gå galt. Så på den måde er det blevet mere roligt – også mellem Theis og hans lillebror. Der skal stadig arbejdes, fordi de er selvfølgelig stadig i nogle bestemte roller, men de kan bedre hygge sig nu. Men det er noget, der tager tid.

Flere af forældrene fortæller i lighed med Karin, at samværet og stemningen i familien er blevet mere rolig, da forældrene skælder mindre ud og er blevet bedre til at aflæse, hvornår sårbare situationer kan opstå. Derudover har forældrene kunnet videregive noget af deres viden fra forløbet til familiens øvrige børn, så de også har fået en øget forståelse for barnet. Nogle af forældrene fremhæver, at de er blevet bedre til at støtte børnene i at løse søskendekonflikter, så børnene ikke står med det alene.

Der er dog også enkelte familier, hvor forældrene fortæller, at der fortsat er udfordringer i søskenderelationen. På trods af at det er blevet lidt bedre, præger det fortsat samværet i familien. Fx fortæller Torben, som har deltaget i KiK, at de øvrige børn i familien har svært ved at forstå deres søskendes udfordringer: "Altså, de [øvrige børn i familien] synes jo stadigvæk, det er svært, og de synes stadigvæk, at det er uretfærdigt, og det er også den, vi stadigvæk kæmper allermest med". I enkelte familier oplever de øvrige børn, ifølge forældrene, at hverdagen ofte foregår på barnet med vanskeligheders præmisser, hvilket de kan opleve som uretfærdigt. Nogle af forældrene – særligt fra KiK – italesætter et ønske om, at søskende enten blev inddraget i forløbet, så de fik viden rettet mod dem, eller at forældrene havde fået mere viden, der var målrettet søskendeforholdet, og som gav redskaber til at håndtere dette. Nina, der har deltaget i KiK, siger:

Hvor ville det være fantastisk, hvis der blev lavet et eller andet, hvor de [søskende] kunne høre lidt om, hvorfor de børn [med ADHD] reagerer, som de gør. Det er jo ikke fordi, der skal tages særligt hensyn til dem hele tiden, men hvor det bliver legalt at høre lidt om, hvad det er for nogle behov, og: "Hvorfor har min lillebror de her behov?"

I uddraget refererer Nina ikke til, at inddragelsen af søskende nødvendigvis skal ske i KiK-regi. Det kunne også være en søskendegruppe, fx udbudt af kommunen. En enkelt forælder nævner, at vedkommende ikke synes, at søskende skal deltage i KiK-forældreforløbet, men at der i stedet kunne være et andet forløb eller kursus rettet mod dem.

3.2.2.3 Forældrerolle og forældresamhørighed

Et af formålene med KiK og PMTO er at styrke forældrene i rollen som forælder. Begge indsatser tager udgangspunkt i, at det at være forælder til et barn med ADHD kan være forbundet med en oplevelse af magtesløshed og frustration på grund af hyppige konflikter og en negativ stemning i hjemmet. Ved at styrke forældrenes forståelse af barnets udfordringer og informere om, hvordan de kan håndtere optræk til vanskelige situationer, kan forældrene blive styrkede i, hvad de selv kan gøre og derved nedbringe de konfliktfyldte situationer i familien.

Samtlige forældre på tværs af KiK og PMTO fortæller, at indsatsen har bidraget til at ændre eller styrke dem i forældrerollen, fx ved at være på forkant med forskellige situationer, ved at give dem en anden ro og tålmodighed i interaktionen med barnet, eller ved at give dem en ændret forståelse af barnets udfordringer – i forhold til sidstnævnte er det særligt forældrene, der har deltaget i KiK, der fremhæver dette. Disse punkter uddybes i det følgende.

Flere af forældrene fortæller, hvordan indsatsen har bidraget til en øget forståelse af, hvornår vanskelige situationer kan opstå for barnet, hvor forældrene kan forberede barnet bedre ved at være et skridt foran. Dermed kan de vanskelige situationer undgås. Marianne, der har deltaget i et KiK-forløb, fortæller, hvordan hun har ændret sin tilgang efter forløbet:

Jeg tænker meget over tingene, og jeg er et skridt foran med mange ting. Meget mere end hvad jeg var før, fordi det mange gange er nødvendigt. Jeg har lært det her med at varsle i god tid, hvis vi skal noget, fordi skift er svære.

Denne oplevelse af nu at kunne forebygge vanskelige situationer ved at være på forkant, hører vi også fra andre forældre både fra KiK og PMTO. En anden forælder fra KiK, Nina, fortæller, at hun er blevet bedre til at se, hvornår hendes søn, Kasper, er "fyldt op" og ikke skal presses med krav. I stedet giver hun ham ro, så situationerne (fx ved spisetid eller når han skal i seng) ikke kører af sporet. Karin, som har deltaget i et PMTO-forløb, fortæller ligeledes, at hun er blevet bedre til at være opmærksom på sårbare situationer, hvor hendes søn, Theis, er ved at "vælde følelsesmæssigt". I de situationer er Karin blevet mere opmærksom på sin egen rolle, så hun ikke presser Theis ud i en situation, hvor det ender i konflikt. At forældrene nu er et skridt foran har i nogle tilfælde haft betydning for barnets adfærd, da barnet bliver mindre frustreret og derfor ikke presses ud i situationer, hvor barnet potentielt kan blive udadreagerende eller svært at berolige igen.

I tråd med Karins øgede opmærksomhed på sin egen rolle i vanskelige situationer fortæller andre forældre, at de har fået en anden ro og tålmodighed i disse situationer. Flere af forældrene – både fra KiK og PMTO – fortæller, at de er blevet mere afslappede som forældre, hvilket har betydet færre konflikter mellem dem og deres barn. Trine, som har deltaget i et PMTO-forløb, fortæller:

Man behøver ikke at være i konflikter altid, hvis tasken ligger på jorden, eller madpakken ikke er blevet tømt. Hvis det glipper en gang imellem, jamen herregud, så gør vi det. Fordi han [søn] er da stadig en bandit, men altså, han er også en dreng på 7 år med krudt i røven. Så vi er blevet bedre til at have et overordnet perspektiv på det, og det er ikke så vigtigt, at man skal irrettesætte alt, men have fokus på alt det positive, hvor han kan – i stedet for den ene gang, hvor cyklen ikke er kommet på plads.

Trine er blevet bedre til at holde fokus på det positive, som hendes søn gør, og ikke gå ind i en konflikt, hvis en aftale er glippet. Hun er således blevet mere afslappet i sin forælderrolle. Trine fortæller dog også, at det nogle gange kan være en udfordring at fastholde den afslappede tilgang og det positive blik i en travl hverdag, og at det derfor fortsat er noget, forældrene er i gang med at tillære sig. Andre forældre fra begge indsatser fortæller bl.a., at de har fået en større tålmodighed, er mere rolige, har fået fokus på egne reaktionsmønstre i vanskelige situationer (fx vrede og skældud), at de forbliver neutrale i pressede situationer og/eller har fået en større opmærksomhed på barnets grænser. Dette ændrede fokus på forældrenes egen rolle har i flere familier betydet, at der nu er færre konflikter end tidligere.

Endelig nævner nogle af forældrene – særligt fra KiK – at de har fået en anden forståelse af barnets udfordringer. De fortæller bl.a., at de har fået en større forståelse for barnets behov eller fået en anden forståelse af barnets tankegang og følelser. At det særligt er forældrene, der har deltaget i KiK, der italesætter dette aspekt, kan hænge sammen med den introduktion og information om ADHD, som forældrene får på KiK-forløbet.

Samarbejdet forældrene imellem

Flere af forældrene fortæller på tværs af de to indsatser, at en sidegevinst ved deres deltagelse i forløbet har været "alene-tid" sammen med deres partner, hvor de har haft mulighed for at tale sammen med fokus på barnet. Det fremhæver flere som et vigtigt aspekt, der har været med til at skabe et fælles ståsted for dem som forældre og et bedre forældresamarbejde.

Malene, som har deltaget i KiK, fortæller i det følgende, hvordan indsatsen gav forældrene mulighed for at tale sammen forælder-til-forælder, hvilket de førhen havde manglet:

Køreturen hjem gik hurtigt, fordi der var mange ting, som lige skulle vendes der. Og det var jo guld værd. Vi har fået sat tid af til at snakke om vores familie. Til at mor og far får sat sig ned og snakket om, hvad der går godt, og hvad der går skidt. Hvad tænker mor?

Hvad tænker far? Og på den måde finde en fælles baggrund, men alligevel acceptere, at der skal være plads til, at vi er forskellige. Det er altså en stor gevinst ved kurset, at man får tid på den måde i ægteskabet til [at] snakke sammen, fordi det lægger de [KiK-trænerne] op til, at man skal.

Ud over at skabe et rum, hvor forældrene får tid sammen til at fokusere på deres barn eller børn, nævner nogle af forældrene, at den fælles deltagelse har betydet, at de har kunnet støtte hinanden i at bruge redskaberne derhjemme. Det fortæller Trine om her:

Så sent som i forgårs, der var min mand inde og putte den lille. Og der gik bølgerne lidt højt herude, fordi de andre børn ikke gad sove og børste tænder. Så sendte min mand mig en sms, hvor der stod: "Stille, stille, husk nu at rose".

Når forældrene har været afsted sammen, har de mulighed for at støtte hinanden i at huske på det lærte og få det indarbejdet i hverdagen. Selvom flere af forældrene nævner, at samtaler om barnet og et fælles ståsted som forældre er noget, der burde være en del af familielivet, så tager en presset hverdag nogle gange over, og det er svært at finde tid til at få taget de samtaler, der kan være behov for. Deres deltagelse i forløbene har betydet, at de er blevet "tvunget" til at afsætte tid til det, og det har haft stor betydning for deres forældresamarbejde i de tilfælde, hvor begge forældre har været involveret og engageret i indsatsen. Nina deltog i KiK sammen med sin eksmand, som er far til deres fælles barn, Kasper. Om forældrenes fælles deltagelse i forløbet siger hun:

En sidegevinst er også, at man én gang om ugen har muligheden for at snakke om sit barn. Det gør forældre, der bor sammen måske, men det der med, at det bliver meget struktureret, og vi skal lave lektier sammen. Så selvom vi var flyttet fra hinanden, jamen så kom far her en gang om ugen, og så var vi tvunget til at lave lektier sammen, fordi det var noget, som vi skulle forberede til næste gang. Og det var altså også helt fantastisk for samarbejdet. For det betyder bare noget, at man kan sidde sammen og snakke om sit barn ordentligt – og det lå i kortene i det her forløb [KiK]. Og det er jo også en rigtig god måde at få forældrene til at snakke sammen på, fordi det er børn, der har brug for, at mor og far kan samarbejde.

I vores kvalitative materiale ser vi en forskel på, hvem fra familierne der har deltaget i KiK og PMTO. Blandt de interviewede forældre har deltagerne fra KiK alle deltaget med barnets anden forælder – også i de tilfælde, hvor forældrene er skilt – mens det ikke har været tilfældet blandt alle forældrene fra PMTO. Her har to af de interviewede mødre deltaget alene, og de fortæller begge, at det har været vanskeligt at skulle formidle indsatsens indhold til faren, og at de er i tvivl om, hvor meget faren bruger redskaberne. I begge disse familier er forældrene skilt. I KiK er der krav om, at to voksne fra familien deltager i forløbet – hvis ikke begge forældre, så en anden voksen, der er tæt på barnet (fx en ny partner, bedsteforælder eller nær ven). Analysen her peger på, at det har stor værdi for forældresamarbejdet, når de begge er afsted, da det giver dem et fælles ståsted i deres tilgang til barnet, og de kan støtte hinanden i brugen af redskaberne.

3.2.3 Barnets skolegang og skole-hjem-samarbejde

I interviewene er det meget forskelligt, hvor meget barnets skolegang har ændret sig efter forældrenes deltagelse i forløbene. Dette hænger dels sammen med, at det har været forskelligt, hvor tydeligt barnets udfordringer er kommet til udtryk i skolen, som vi beskrev indledningsvist, men det hænger også dels sammen med, hvordan forældrene har oplevet skole-hjem-samarbejdet før og efter forløbet. Derudover har andre elementer (fx skoleskift, medicinering af barnet eller inddragelse af børnepsykolog) også haft betydning for udviklingen inden for barnets skolegang.

Flere af forældrene fortæller, at deres deltagelse i forløbet – i nogle tilfælde kombineret med, at barnet samtidig har fået diagnosen ADHD – har været med til at skabe en større forståelse i skolen for barnets udfordringer. Dette har for flere af forældrene betydet, at de i dag oplever et bedre skole-hjem-samarbejde, end de gjorde tidligere, hvor skolen har fået en øget opmærksomhed på barnets behov. Enkelte forældre giver udtryk for, at skolens øgede forståelse har haft positiv betydning for barnets trivsel i skolen, fx at barnet er gladere for at gå i skole eller har mindre fravær.

På nogle af skolerne anvender det pædagogiske personale nogle af de samme redskaber, som forældrene benytter i hjemmet, fx piktogrammer, struktur og pauser. I nogle af tilfældene anvendte skolen allerede redskaberne, inden familien deltog i forløbet, mens forældrene i andre tilfælde har delt deres positive erfaringer fra hjemmet med det pædagogiske personale efter forløbet. Flere af forældrene giver udtryk for, at det har en positiv betydning for barnet, når der er overensstemmelse mellem de redskaber, forældrene og skolen benytter. Nogle af forældrene fortæller også, at barnet efter forløbet er blevet bedre til at regulere sine følelser – også i skolen. Det har haft betydning for barnets skolegang og resulteret i færre konflikter.

Enkelte forældre fortæller, at de har været meget aktive i at dele virksomme redskaber med skolen – blandt forældrene, der har deltaget i PMTO, er der også enkelte familier, hvor deres PMTO-terapeut har været i dialog med skolen om barnets udfordringer. I nogle af disse tilfælde har forældrene oplevet, at skolen har været åben overfor at afprøve og inkorporere nogle af elementerne fra forløbet i barnets skoledag. Der er dog også enkelte, der har forsøgt at dele deres erfaringer med skolen, hvor skolen ikke har haft ressourcerne til at inddrage redskaberne. ADHD-foreningen, som driver KiK, oplyser desuden, at de sender en guide ud til skolerne, mens forældrene er i KiK-forløb, for at understøtte deling af virksomme redskaber mellem skole og hjem.

I nogle tilfælde er der andre faktorer end forløbet, der ifølge forældrene har spillet en rolle for den positive ændring for barnets skolegang. Det drejer sig særligt om, at nogle af børnene er begyndt at tage ADHD-medicin eller har skiftet skole sideløbende med forældrenes deltagelse i forløbet. For de børn, der er begyndt på medicin samtidig med forløbet, giver forældrene udtryk for, at det har haft positiv betydning for deres adfærd i skolen. I de tilfælde, hvor der er tale om skoleskift, har forældrene før skiftet oplevet et vanskeligt skole-hjem-samarbejde, som er blevet bedre efter skiftet.

3.2.4 Indsatsernes organisering og forankring

Der er, som beskrevet i notatets indledning, en væsentlig forskel på indsatsernes organisering og forankring – hvor KiK er en frivillig og gruppebaseret indsats, som udbydes af ADHD-foreningen, er PMTO en kommunal indsats, der gives til den enkelte familie alene. I det følgende beskriver vi derfor først forældrenes oplevelse af organiseringen og indretningen af KiK- og PMTO-forløbene separat, hvorefter vi samlet beskriver forældrenes oplevelse af henholdsvis forældretrænerne fra KiK og familiebehandlere fra PMTO.

Det særlige ved KiK, set i forhold til PMTO er indsatsens gruppebaserede format, hvor 6-7 familier undervises samtidig af frivillige forældretrænere. Trænerne i KiK har en relevant baggrund (fx psykolog eller lærere) og har også ofte personlig erfaring med ADHD. KiK-undervisningsgangene består dels af den undervisning, forældretrænerne giver, dels af erfaringsudveksling familierne imellem. Alle forældrene giver udtryk for, at selve undervisningen var relevant – både i forhold til den viden og de redskaber, der blev formidlet, og i forhold til strukturen med ugeopgaver, hvor forældrene havde mulighed for at afprøve redskaberne i hjemmet i løbet af ugen og kunne få feedback fra trænerne på den efterfølgende kursusgang. I starten var den gruppebaserede kursusform et udfordrende format for nogle af de forældre, der har deltaget i vores undersøgelse.

Nogle af dem fandt det grænseoverskridende at skulle dele familiens udfordringer med andre forældre. Det fortæller Tove om i det følgende:

Jeg synes, det var vildt grænseoverskridende i starten, fordi vi var seks par. Og så fordi det ikke var så lang tid efter, at Mille havde fået diagnosen. Og man var vidt forskellige steder som forældre og som familie – og børnene var også vidt forskellige. Så jeg synes, at det var grænseoverskridende, at man skulle sidde og krænge sig selv ud. Men jo mere vi lærte hinanden at kende, jo mere turde man også give af sig selv – og jo mere fik man så også ud af det.

Et par af de andre forældre fortæller om lignende oplevelser, da de startede i forløbet. I lighed med Tove fortæller disse forældre, at de efter lidt tid vænnede sig til det og begyndte at se erfaringsudvekslingen med de andre forældre som et positivt aspekt af forløbet. Alle forældrene fortæller, at de enten fra start var – eller efter de første par gange blev – glade for den erfaringsudveksling, som forløbet faciliterede mellem familier i samme situationer. Torben fortæller, at han oplevede en respekt forældrene imellem, hvor der var plads til, at man kunne tale åbent om svære problemstillinger, mens andre fortæller, at det var inspirerende at høre, hvordan andre forældre tacklede udfordringerne i deres familie. Derudover var det også for flere af forældrene givende at møde andre forældre i samme situation, som Mette siger: "Det har været enormt givende at se, at det ikke kun var mig, der var låst i mit tankemønster, men det er der også andre forældre, der er". Nogle af de andre forældre giver i lighed med Mette udtryk for, at det var rart at opleve, at de ikke var alene om de udfordringer, som de oplevede som familie. For forældrene, der har deltaget i KiK, har forløbet derfor både været et rum for sparring om, og inspiration til, hvordan de kunne tilgå barnets og familiens udfordringer, samtidig med at det har støttet forældrene ved at vise, at de ikke er ene om at opleve disse udfordringer.

Forløbet i PMTO er i modsætning til KiK ikke gruppebaseret, men består af sessioner med den enkelte familie (den ene eller begge forældre) og en familierapeut. Alle de interviewede forældre fra PMTO fortæller, at de har været glade for formatet, hvor de mødtes med deres familiebehandler ca. en gang om ugen. Hver uge arbejdede familien med "hjemmeopgaver", som kunne være bestemte redskaber eller et bestemt fokus, fx på aspekter ved enten barnets eller forældrenes adfærd. Ved den efterfølgende behandlingssession talte de med familiebehandleren om, hvordan det var gået, og om der evt. var udfordringer. Om forløbets struktur fortæller Karin:

Det var meget, at vi sad og snakkede, og hun [familiebehandler] lyttede og kom med redskaber. Så havde vi hjemmeopgaver, og det fungerede også rigtig fint. Så jeg synes, at det blev tilrettelagt efter den enkelte [familie], selvom der er nogle rammer, som de skal være inden for. Så var rammerne ikke mere faste, end at de kunne gå ind og ændre på det, og det synes jeg er rigtig fint.

De andre forældre, der har deltaget i denne undersøgelse, har lignende fortællinger om forløbets struktur. Ét af elementerne – rollespillet, hvor forældrene "spiller" forskellige situationer for på den måde at øve, hvordan de kan håndtere situationerne – fungerede dog ikke for nogle af forældrene, og i disse tilfælde besluttede familiebehandleren i samråd med forældrene at prioritere andre øvelser. Endelig er en anden forskel på PMTO sammenlignet med KiK, at der i KiK er krav om, at to personer fra barnets nærmiljø deltager, mens samme krav ikke gælder PMTO. Vi har allerede behandlet denne forskel i afsnittet om forældrenes oplevelse af forældreren og samhørigheden forældrene imellem. Her giver de forældre fra PMTO, som har deltaget i forløbet alene, udtryk for, at det har været en udfordring at skulle formidle forløbets redskaber til den anden forælder, samtidig med at der er tvivl om, i hvor høj grad den anden forælder anvender redskaberne i dagligdagen.

I forhold til forældretrænerne fra KiK og familierapeuterne fra PMTO, så fortæller samtlige forældre på tværs af de to indsatser positivt om trænerne og familierapeuterne. De har oplevet, at trænerne eller behandlerne har haft stor viden om familier med børn, der har ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder, og at de har kunnet formidle deres viden og forklare, hvordan de enkelte redskaber eller elementer kan gøre en forskel for barnets og familiens hverdag. Særligt forældrene fra KiK fremhæver forældretrænerens viden og den positive betydning af, at de selv havde erfaring med børn med ADHD – enten fra deres egen familie eller fra deres arbejde.

Endelig giver flere af forældrene, der har deltaget i KiK, udtryk for et ønske om, at der efter forløbet blev organiseret en opfølgende kursusgang nogle måneder senere eller nogle grupper, hvor forældrene fortsat kunne få sparring, fx omkring nye problemstillinger. Flere af forældrene fortæller, at forældrene fra det pågældende forløb selv har forsøgt at etablere grupper, fx på Facebook, eller talt om at mødes igen – i de fleste tilfælde er disse initiativer dog aldrig blevet til noget, og forældrene efterlyser derfor en mere formel struktur til at understøtte, at erfaringsudvekslingen og sparringen kan fortsætte efter forløbets afslutning.

3.2.4.1 Kommunal versus frivillig indsats

Den største forskel på de to indsatser er deres forankring. Hvor KiK er et frivilligt tilbud, som udbydes af ADHD-foreningen, så er PMTO et kommunalt tilbud. Vi har tidligere beskrevet, hvordan nogle af forældrene fra KiK valgte at søge efter alternative tilbud til det, som deres kommune kunne tilbyde, da de ønskede at undgå en periode med lang ventetid. For enkelte af forældrene har det frivillige aspekt i KiK også være vigtigt af andre årsager. Disse forældre giver udtryk for, at de har kunnet være mere åbne om deres udfordringer, fordi det var en frivillig indsats og ikke en kommunal. En af disse forældre er Malene, som fortæller, at det for hende betød meget, at indsatsen ikke blev givet i kommunalt regi, da de gennem noget tid havde forsøgt at få støtte af kommunen til barnets udfordring, uden at deres anmodning blev imødekommet. I forlængelse af det siger hun: "Så får man lidt kommune-fobi og socialrådgiver-fobi, hvor man føler, at de altid tænker en som en snylter [...]. Så for os betød det meget, at det ikke var kommunalt". En af de andre forældre fra KiK siger også, at han ikke var bange for at åbne op omkring familiens problemer, da forældretrænerne var frivillige, og fortsætter: "Der var ikke nogen, der kom efter en og sagde, at man ikke gjorde det godt nok. Men at man under forløbet kunne være åben og sige: 'Jeg synes, at tingene var svære, og jeg ved ikke, om jeg gør det rigtige'". For nogle af forældrene i denne undersøgelse har frivillighedsaspektet altså gjort det nemmere for dem at åbne op omkring familiens udfordringer. Omvendt er der ikke nogen af forældrene fra PMTO, som giver udtryk for, at det at forløbet var forankret kommunalt, udgjorde en barriere for at tale åbent om familiens vanskeligheder. Forældrenes blandede erfaringer på tværs af de to indsatser peger dog på, at det kan være vigtigt for nogle familier at have mulighed for at få tilbudt en indsats i frivilligt regi, da det kan øge deres lyst til at deltage i forløbet.

3.2.5 Opsamling på forældreinterview

I denne del af evalueringen har vi belyst, hvordan forældre, der enten har deltaget i et KiK- eller PMTO-forløb, har oplevet selve indsatsen, og indsatsens betydning for barnet og familiens hverdagsliv – både i forhold til barnets hverdag i hjemmet og i barnets skole.

Overordnet set giver forældrene fra begge indsatser udtryk for, at indsatsernes elementer og redskaber har været meningsfulde og anvendelige og har haft positiv betydning for barnets trivsel og familiens samvær. Flere af forældrene fortæller dog, at forholdet mellem de enkelte søskende i familien forud for forløbet har været en stor udfordring, og nogle af forældrene giver udtryk for, at de fortsat mangler de sidste redskaber til at håndtere dette. Her peger enkelte forældre på, at det

kunne være gavnligt, hvis søskendeforholdet blev mere italesat i indsatserne, eller hvis søskende blev inddraget i – eller fik tilbud om – et forløb rettet specifikt til dem.

I forhold til indsatsernes organisering har forældrene fra både KiK og PMTO været glade for den måde, de er blevet udført på. Forældrene fra KiK giver udtryk for, at gruppeformatet har været udbytterigt og givet god inspiration fra forældre i samme situation, mens forældrene fra PMTO ikke giver udtryk for at have manglet dette aspekt. De har været glade for det individuelle forløb, de har deltaget i. En anden forskel mellem KiK og PMTO er KiK's krav om, at to voksne fra barnets nærmiljø skal deltage i forløbet. Analysen peger på, at dette aspekt kan have stor betydning for forældrenes samarbejde omkring barnet. Det at være to afsted giver et fælles ståsted, fælles redskaber, bidrager til at fastholde brugen af redskaberne og giver forældrene nogen at sparre med.

Flere af forældrene deltog i forløbet på et tidspunkt, hvor de enten havde prøvet andre tilbud (fx familierapeut, psykolog, oplæg om ADHD) eller havde forsøgt at få støtte til barnets og familiens udfordringer. Her peger analysen på, at der kan være behov for en større tydelighed og mere lettilgængelig og overskuelig information om, hvilke tilbud der er for støtte til familier, der har et barn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder. Nogle forældre foreslår, at det fx kunne være en folder, som sundhedspersonalet (læger, sygeplejersker, sundsplejersker), børnehaver og skoler kunne udlevere til familier med børn i målgruppen.

Endelig fortæller forældrene om blandede erfaringer i forhold til indsatsernes betydning for barnets hverdagsliv i skolen. Det hænger i høj grad sammen med, hvordan barnets vanskeligheder kom til udtryk i skolen forud for forløbet. Analysen peger på, at det kan have en positiv betydning for barnets adfærd, når der er overensstemmelse mellem nogle af de redskaber (fx piktogrammer eller pauser), som anvendes i skolen og i hjemmet, så der skabes en rød tråd og forudsigelighed for barnet.

3.3 De unges perspektiv på virkningen af mentorordningen (M-SKP)

Analysen ovenfor afdækkede forældrenes perspektiv på KiK og PMTO. I det følgende fokuserer vi på den tredje indsats: M-SKP. Formålet med interviewene med de unge var at afdække, hvordan de har oplevet indsatsen, og hvilken betydning de oplever, at indsatsen har haft for deres hverdag. Da M-SKP er en ny indsats, er dette væsentligt at få belyst.

3.3.1 Unges erfaringer med M-SKP

Evalueringen af M-SKP bygger på interview med to unge. Af hensyn til de unges anonymitet refererer vi derfor kun deres oplevelser samlet for hvert af de undersøgte områder: hverdagen i familien, skolen og fritiden. Det er vigtigt at holde sig for øje, at det følgende baserer sig på et meget lille kvalitativt datasæt, og at de unge havde forskellige udfordringer forud for, at de fik en mentor eller støttekontaktperson (herefter blot refereret til som "mentor"). Det er derfor ikke muligt at drage generaliserbare konklusioner eller identificere tematikker eller mønstre på tværs af materialet. Derimod kan materialet belyse, hvorvidt netop disse to unge har oplevet, at M-SKP har haft en betydning for deres hverdagsliv og relationer.

De to unge har begge oplevet, at deres deltagelse i M-SKP-forløbet havde en positiv betydning for deres hverdagsliv. Begge har været glade for at have en mentor og fortæller, at det særligt er rart at kunne tale med en voksen, som ikke er en del af familien. Begge unge har set deres mentor ca. én gang om ugen, siden de startede i forløbet.

3.3.1.1 Familieliv

Begge unge beskriver et familieliv før M-SKP, som var præget af skænderier med søskende og forældre. Den ene unge beskriver gentagne skænderier med søskende, som kunne ende i slåskampe, mens den anden beskriver et manglende samvær med sin søskende, og når de var sammen, kom de ofte op at skændes over de mindste ting. Begge beskriver ligeledes skænderier med deres forældre – særligt den ene unge, som fortæller, at det ofte også førte til skænderier med forældrene, når der opstod skænderier med vedkommendes søskende. De mange konflikter prægede stemningen i familierne, og begge unge beskriver stemningen som dårlig før M-SKP.

Efter at de unge er begyndt i et M-SKP-forløb, fortæller de begge, at relationerne i familien er blevet forbedret. I begge tilfælde har den unges mentor bidraget med råd til, hvordan de unge kan håndtere konflikterne i familien. Det har betydet, at den ene unge er blevet bedre til at italesætte, hvordan vedkommende har det over for sin familie, og det har forbedret forholdet – særligt til forældrene – og medført, at de nu har færre skænderier end før. For den anden unge består forandringen i, at vedkommende ligeledes skændes mindre med sin søskende, selvom det ikke altid lykkes at holde konfliktniveauet nede. De færre skænderier har betydet, at forholdet til forældrene også er blevet bedre.

3.3.1.2 Skoleliv

Før M-SKP oplevede begge unge udfordringer i skolen, men af forskellig karakter. Den ene unge oplevede ikke udfordringer af faglig eller social karakter, men havde et højt fravær, der påvirkede vedkommendes chancer for at blive vurderet uddannelsesparat. Den anden unge var derimod stoppet med at gå i skole. Vanskelighederne ved denne unges skolegang opstod særligt, da to skoler blev lagt sammen, og vedkommende kom i en klasse med kun få tidligere klassekammerater.

Efter at de unge har fået en mentor, har begge oplevet en positiv udvikling i forhold til deres skolegang. Den ene har fået hjælp fra sin mentor til at få lavet en ordening, hvor der arbejdes mod at få vedkommende tilbage i skolen. Indtil videre har ordningen startet med hjemmeundervisning og efterfølgende eneundervisning nogle timer på skolen for at bringe den unge tættere på skolen igen. Dette har betydet, at den unge nu oplever sin skolegang mere positivt, da vedkommende modtager undervisning. Men den unge er fortsat nervøs for at skulle være en del af skolefællesskabet igen i det nye skoleår. For den anden unge har mentoren fungeret som en vigtig samtalepartner, der har deltaget i møder på skolen om uddannelsesparathed (sammen med den unges forældre) og har bidraget med at sætte nogle konkrete mål for nedbringelsen af den unges fravær. Vedkommende fortæller, at det har været vigtigt at have en person, der fastholder fokus på de mål og aftaler, de har lavet. Derudover har mentoren hjulpet den unge til at blive mere åben over for andre elever på skolen, så vedkommende ikke altid går sammen med den samme gruppe. Det har ifølge den unge samlet set betydet, at vedkommende er blevet gladere for at gå i skole.

3.3.1.3 Fritidsliv

De to unge havde forud for M-SKP forskellige fritidsliv. Begge så deres venner i fritiden, men mens den ene var sammen med sine venner hver dag, tilbragte den anden kun tid med få venner mere sporadisk. Førstnævnte oplevede tit konflikter i vennegruppen, som vedkommende også selv bidrog til.

I forhold til udviklingen inden for dette område har M-SKP haft forskellig betydning for de unge. For den ene unge, som før M-SKP-forløbet tilbragte hver dag efter skole og hver weekend sammen med sine venner, har deltagelsen i forløbet betydet, at vedkommende nu ser sine venner mindre. Denne unge har talt med sin mentor om vedkommendes behov for at bidrage til konflikter i venne-

gruppen. Mentoren har hjulpet den unge til at blive bedre til at mærke efter, om den unge den dag har mest brug for at være alene eller sammen med sine venner. Det har betydet, at den unge i dag ser sine venner mindre, men til gengæld har færre konflikter i vennegruppen. Den anden unge ser i dag stort set ikke sine venner. Det er ikke noget, vedkommende har talt med sin mentor om, men det hænger ifølge den unge sammen med, at vedkommende ikke har undervisning på skolen i øjeblikket. Da den unge stoppede i skole, stoppede vedkommende også med at se sine venner. Den unge fortæller, at det i øjeblikket ville være for meget både at fokusere på sin skolegang og sine venner. Den unge forventer dog, at vennerne vil blive en del af fritiden igen, når vedkommende starter i skole igen.

3.4 Metode – spørgeskemadata

Ovenfor har vi analyseret deltagernes vurdering af indsatserne og indsatsernes betydning for deres børns trivsel og adfærd og for forælderrollen. Analysen er foretaget på baggrund af interview. I det følgende supplerer vi analysen med en evaluering af deltagernes udvikling, som bygger på spørgeskemadata. Til denne kvantitative del af udviklingsevalueringen er der indsamlet spørgeskemadata fra unge i M-SKP, fra forældre, børn og unge i PMTO og fra forældre i KiK. Analysen er opbygget på følgende måde: Først præsenteres en oversigt over deltagerne i undersøgelsen, spørgeskemaerne og analysemetoden. Derefter præsenteres undersøgelsens resultater.

3.4.1 Deltagere og procedure

Indsamlingsproceduren af kvantitative data foregik igennem udbyderne af de tre indsatser. Fra M-SKP og PMTO indsamlede vi demografiske karakteristika og udkomvariable omkring den unges styrker og vanskeligheder. For KiK indsamlede vi demografiske karakteristika og udkomvariable om både børnenes styrker og vanskeligheder og forældrekompetencer.

Tabel 3.1 Antal respondenter og besvarelser i KiK.

	Opstartsskema	Afslutningsskema	Skemaer i alt
Panel	81	81	162
Kvinder	52	52	104
Mænd	29	29	58
Frafald	81	8	89
Kvinder	44	4	48
Mænd	37	4	41
Besvarelser i alt	162	89	251
Kvinder	96	56	152
Mænd	66	33	99

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Tabel 3.1 illustrerer respondenterne og besvarelser i KiK. Respondenterne er blevet bedt om at udfylde et opstarts- og et afslutningsskema ved hhv. programmets begyndelse og afslutning. Der er i alt blevet indsamlet data for 170 respondenter. Ud af de 170 deltagere har 81 personer udfyldt både opstarts- og afslutningsskemaet. De indgår som panel i undersøgelsen. De resterende 89 af de 170 respondenter har kun udfyldt ét skema. Der er 81 af respondenterne, der kun har udfyldt opstartsskemaet, og 8 personer, der kun har udfyldt afslutningsskemaet. De indgår i rækken *fracfald*.

Tabel 3.2 Antal respondenter og besvarelser i PMTO.

	Opstartsskema	Afslutningsskema	Skemaer i alt
Panel	25	25	50
Unge	4	4	8
Forældre	21	21	42
Frafald	21	3	24
Unge	6	1	7
Forældre	15	2	17
Besvarelser i alt	46	28	74
Unge	10	5	15
Forældre	36	23	59

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Tabel 3.2 viser antallet af respondenter og besvarelser i PMTO-indsatsen. Ligesom i KiK-indsatsen er respondenterne blevet bedt om at udfylde et opstarts- og et afslutningsskema ved hhv. opstart og afslutning af kurset. Der er blevet indsamlet data for i alt 49 respondenter, hvoraf 11 er unge, og 38 er forældre. Ud af de 49 deltagere har 25 personer udfyldt både et opstarts- og et afslutningsskema, heraf er 4 af dem unge, og de resterende 21 er forældre. De 25 personer indgår som panel i undersøgelsen, og de fremgår i tabel 3.2 i rækken *panel*. Ud af de 49 respondenter har 21 kun udfyldt opstartsskemaet, heraf er 6 unge, og 15 er forældre, beskrevet i rækken *frafald*. Endelig har 3 personer kun udfyldt afslutningsskemaet. Heraf er 1 person ung, og 2 er forældre. De fremgår i kolonnen *afslutningsskema* og rækken *frafald*.

3.4.2 Spørgeskemaer

De anvendte spørgeskemaer består primært af instrumentet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), som er et måleredskab til at måle problemadfærd hos børn og unge. Vi har også forsøgt at udnytte udbydernes egne data. Spørgeskemaerne indeholder derfor spørgsmål om demografiske karakteristika og spørgsmål fra Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). For deltagerne i KiK er der desuden spørgsmål fra The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) og The Parenting Scale (PS).

3.4.2.1 Unges styrker og vanskeligheder

Spørgeskemaet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) er en 3-punkts Likert-skala med 25 spørgsmål, som måler generelle aspekter af den unges adfærd, følelser og sociale forhold. De 25 spørgsmål kan opdeles i 5 underkategorier: følelsesmæssige symptomer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet/uopmærksomhed, problemer med jævnaldrende og prosocial adfærd. Fire af kategorierne kan yderligere kombineres i to mere generelle adfærdsskalaer: internaliserende adfærd (følelsesmæssige symptomer og sociale forhold) og eksternaliserende adfærd (adfærdsproblemer og hyperaktivitet/uopmærksomhed). Den samlede SDQ-score går fra 0 til 40, og hver af de 5 underkategorier går fra 0 til 10, hvor højere scorer indikerer større vanskeligheder. SDQ bruges i vid udstrækning til at vurdere børns socioemotionelle adfærd (Smedler & Tideman, 2011), og både engelske og danske versioner har gode statistiske egenskaber (Goodman & Scott, 1999; Mathai, Anderson & Bourne, 2004; Niclasen m.fl., 2012).

3.4.2.2 Forældrekompetencer

Forældrekompetencer måles på to skalaer: The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) og The Parenting Scale (PS). PSOC-skalaen måler forældrenes tilfredshed med forældrerollen,

deres mestringsevne og deres samlede vurdering af egne forældrekompetencer. Spørgeskemaet består af 16 spørgsmål, hvoraf 9 måler *tilfredshed*, og 7 måler *mestringsevne* (Johnston & Mash, 1989). Til denne undersøgelse er der kun indsamlet data for underkategorien *mestringsevne*. Denne underkategori måler forældrenes evner til problemløsning og tro på egne kompetencer, fx ved at stille spørgsmålet "Det at være forældre er til at klare, og de problemer, der opstår, er til at løse". Spørgsmålene vurderes på en 6-points-skala, hvor 1 er 'Meget enig', og 6 er 'Meget uenig'. Underskalaen *mestringsevne* går fra 7-42. Spørgsmålene behandles, så højere scorer indikerer bedre mestringsevne.

PS-skalaen består af 30 spørgsmål, der kan inddeles i tre underkategorier, som svarer til tre opdragelsesstile. De tre underkategorier måler forældrenes *eftergivenhed*, hvor meget og hvor ofte de *overreagerer*, og hvor *nedgørende* de er i opdragelsen af børnene (Rhoades & O'Leary, 2007). I denne undersøgelse er der indsamlet data for de to sidste underkategorier: *overreagerer* og *nedgørende*. Fem spørgsmål måler forældrenes *overreaktion* i forhold til barnet, dvs. om opdragelsen er hård eller overreagerende. Fx stilles spørgsmålet: "Når jeg er oprevet eller stresset ...", hvor forældrene kan svare fra 1 "Er jeg irriteret overfor mit barn" til 7 "Er jeg ikke mere irriteret, end jeg plejer". Tre spørgsmål måler forældrenes *nedgørende* opdragelse, der omhandler, hvor meget forældrene benytter sig af nedgørende eller ondsksfuld tale eller adfærd over for barnet. Fx stilles spørgsmål som: "Når mit barn ikke opfører sig ordentligt, giver jeg smæk, giver jeg lussinger, tager jeg fat i eller slår jeg ...", hvor forældrene kan svare fra 1 "Aldrig eller sjældent" til 7 "For det meste". Underkategorien *overreagerer* går fra 5-35, mens kategorien *nedgørende* går fra 3-21, og spørgsmålene behandles, så lavere scorer indikerer bedre opdragelse.

3.4.2.3 Fidelitet

Behandlings-fidelitet, dvs. hvor tæt behandlingen er på manualen, blev vurderet af forældrene i KiK efter hver session. Tjeklisten vurderer både indholdet (fx om dagsordenen blev fulgt) og kvaliteten (fx om emnet var relevant og indholdet sammenhængende) af kursusgangen.

3.4.2.4 Baggrundskarakteristika

I KiK har vi data fra 170 forældre. De fleste besvarelser fra KiK kommer fra kvinder (61 pct.), som er i 30'erne (48 pct.). Deltagerne i KiK er lidt bedre uddannede end gennemsnittet for den danske befolkning, når man tager højde for alderen og kønsfordelingen blandt respondenterne. 91 pct. af respondenterne i KiK har således en højere uddannelse end 10. klasse, mens gennemsnittet for den danske befolkning i samme aldersgruppe og med samme kønsfordeling er 83 pct.² De resterende 9 pct. af respondenterne i KiK har en uddannelse, der svarer til højst 10. klasse, mens andelen i den danske befolkning er 17 pct.. Endeligt er 1 ud af 5 af deltagerne i KiK ikke i arbejde, hvilket svarer til andelen i den danske befolkning. Børnene i KiK er mellem 3 og 9 år gamle. I afsnit 3.4.3.2 uddyber vi, hvordan vi har beregnet gennemsnittene for befolkningsgrupper i samme aldersgruppe og med samme kønsfordeling.

I PMTO har vi data om 33 unge og besvarelser fra 38 forældre. Men vi har få observationer om forældrenes baggrundskarakteristika. Vi har 34 observationer for forældrenes beskæftigelse i opstartsperioden og 23 i afslutningsperioden; 29 observationer for forældrenes uddannelsesniveau i opstartsperioden og 22 for afslutningsperioden; og 11 observationer for forældrenes alder i opstartsperioden og 7 i afslutningsperioden. Der skal derfor tages forbehold for det lille antal respondenter, nogle af beskrivelserne bygger på. Blandt familierne, der deltog i PMTO, er 55 pct. drenge, der i gennemsnit er 13 år, hvor den yngste er 7,5 år, og den ældste er 17,6 år. De fleste af de del-

² Gennemsnittet for uddannelsesniveaueet for den sammenlignelige danske befolkningsgruppe er beregnet i forhold til kønsfordelingen blandt respondenterne i KiK. Se afsnittet om vægtede sammenligningsgrupper for en uddybning.

tagende forældre er kvinder (61 pct.), og størstedelen er mellem 41-50 år (44 pct.). 78 pct. af forældrene i PMTO har en højere uddannelse end 10. klasse, hvilket svarer nogenlunde til andelen i den danske befolkning med en tilsvarende kønsfordeling (82 pct.).³ Andelen af forældre, der er i beskæftigelse i PMTO, er 75 pct., hvilket er lidt lavere end for den danske befolkning i samme aldersgruppe og med samme kønsfordeling (80 pct.).⁴ Det er primært mødre, der ikke er i beskæftigelse (38 pct.), mens stort set alle fædre i samplet er i arbejde.

Vi har som beskrevet ovenfor kun modtaget 8 besvarelser for M-SKP-indsatsen. Alle respondenterne er unge, hvoraf 2 er drenge og 6 er piger. De unge er mellem 13,8 og 24,2 år gamle, og gennemsnitsalderen er 17,7 år.

3.4.3 Analysemetode

Analysen gennemføres ved hjælp af før- og eftermålinger, som gør det muligt at måle deltagernes udvikling hen over indsatsforløbene. Grundet et meget småt datagrundlag for M-SKP foretages analysen kun for PMTO og KiK. Mere specifikt gennemføres analyserne som en såkaldt fixed effects regressionsmodel. Det vigtige ved fixed effects regressionsmodellen er, at den statistiske metode tager højde for, at børnene, de unge og forældrene er forskellige og har forskellige udgangspunkter. Fixed effects-metoden fikserer respondenternes udgangspunkt for derefter at måle, hvordan de udvikler sig mellem kursernes opstart og afslutning. Metoden hjælper dermed til, at eventuelle forskelle mellem respondenterne ved kursernes opstart ikke får indflydelse på vores resultater. Ud over at tage højde for familiernes udgangspunkter øger modellen den statistiske præcision, hvormed vi kan måle en ændring.

Sammenligning af skalaer

De forskellige instrumenter, vi anvender til at måle de unges socioemotionelle adfærd og forældrenes forældrekompetencer med, måler på forskellige skalaer. Fx måler SDQ på en skala fra 0 til 40, og forældrekompetencer måles på flere forskellige skalaer. Derfor er de ikke direkte sammenlignelige. At flytte sig ét point på SDQ er noget andet end at flytte sig ét point på en forældrekompetence-skala. For at kunne sammenligne udviklingen på tværs af de forskellige variable vil vi afrapportere Cohens d for alle variable. Cohens d giver os et sammenligneligt mål for deltagernes udvikling på tværs af instrumenterne. Cohens d er defineret som forskellen mellem to gennemsnit divideret med den sammenvægtede standardafvigelse for data ved førmålingen. Cohens d -værdier kan tolkes sådan, at værdier omkring 0,20 viser en lille ændring, værdier omkring 0,50 en moderat ændring og værdier omkring 0,80 en stor ændring (Cohen, 1992). Vi får derfor en idé om, hvilken størrelsesorden, de ændringer er i, som vi ser hen over indsatsernes forløb (KiK og PMTO) målt på de forskellige variable. Disse ændringer kan sammenlignes med andre tilsvarende indsatser.

Begrænsninger

Fordi vi i denne undersøgelse ikke har en kontrolgruppe – en gruppe af personer, som ikke modtog indsatsen – kan vi ikke sige noget om, hvad der ville være sket med personerne i undersøgelsen, hvis de ikke havde modtaget en indsats. I stedet sammenligner vi løbende til normscorer og normalområder, som viser, hvad en gennemsnitlig normal population af unge i Danmark scorer på SDQ-målinger. Derudover kvalificeres resultaterne ved at sammenligne med andre studier af randomiserede forsøg med KiK og PMTO. Det vender vi tilbage til i afsnit 5.2.

³ Gennemsnittet for uddannelsesniveaet er beregnet på samme måde som for KiK, men i stedet med udgangspunkt i kønsfordelingen blandt respondenterne i PMTO.

⁴ Gennemsnittet for beskæftigelsesniveaet er beregnet i forhold til kønsfordelingen blandt respondenterne i PMTO på samme måde som gennemsnittet for uddannelsesniveaet for både KiK og PMTO.

3.4.3.1 Normalområdet for SDQ

I analysen af SDQ-scorerne bruger vi normalområdet for SDQ-scoring som sammenligningsgrundlag. Normalområdet er defineret ved grænsen mellem de 80 pct. børn og unge med få eller ingen adfærdsvanskeligheder, og de 20 pct. børn og unge med flest vanskeligheder. Normscoren kan udregnes for forskellige grupper, og vi anvender normscorer for forældres vurdering af barn/ung, barn/ungs egen vurdering og for drenge og piger. Vi har besvarelser fra både forældre og unge og drenge og piger, og vi vægter grænsen til normalområdet, så den svarer til den fordeling af besvarelser, der svarer til respondenterne i hhv. KiK og PMTO. Vi har lavet denne vægtning for bedre at kunne sammenligne ændringer i SDQ-scorerne i indsætterne med normalområdet. Vi taler i enkelte tilfælde om området for hhv. de 10 pct. og de 5 pct. højeste scorere. Disse områder er udregnet på samme måde som *normalområdet* for de højeste 20 pct., men med den forskel, at de angiver grænsen mellem hhv. de 90 pct. og de 95 pct. børn og unge med få eller ingen adfærdsvanskeligheder overfor de 10 pct. eller 5 pct. med flest vanskeligheder.

De normscorer, der anvendes til at beregne normalområdet i denne undersøgelse, bygger på et omfattende engelsk studie udført af det engelske Kontor for National Statistik (*The Office for National Statistics, ONS*), som indsamlede SDQ-scoring for et repræsentativt udsnit af den engelske befolkning i 1999. Det danske sekretariat for SDQ anbefaler at bruge de engelske normer, indtil der er udviklet danske normscorer.⁵

3.4.3.2 Vægtede sammenligningsgrupper

Kønsfordelingen blandt forældrene i KiK og PMTO er skæv i forhold til den danske befolkning, og der er desuden mindre forskelle mellem forældrene i de to indsætter, fx ift. aldersgrupper, uddannelses- og beskæftigelsesniveau. For at kunne sammenligne KiK- og PMTO-forældregrupperne med den danske befolkning og med hinanden har vi derfor genereret en sammenligningsgruppe for hver indsats. Sammenligningsgrupperne er genereret med baggrund i normalpopulationen og beskriver det forventede uddannelses- og beskæftigelsesniveau for en gruppe af forældre i den danske befolkning i samme aldersgruppe og med samme kønsfordeling som forældrene i indsætterne. Udregningerne er baseret på tal fra Danmarks Statistik.⁶

3.5 Resultater – spørgeskemadata

Dette afsnit beskriver først respondenterne i de tre indsætter ved baselinemålingen og det frafald, der sker blandt respondenterne i løbet af undersøgelsen. Derefter analyseres det, hvordan respondenterne udvikler sig mellem kursernes opstart og afslutning for hver af de tre indsætter.

3.5.1 Fidelitet i KiK

Ifølge forældrene på KiK fulgte 98 pct. (SD = 15 pct.) af kursusgangene dagsordenen som beskrevet i manualen. Over de 14 KiK-hold spænder vurderingerne fra, at 90 pct. (SD = 30 pct.) af forældrene vurderer, at manualen bliver fulgt, til 100 pct. (SD = 0 pct.), som mener, at manualen bliver fulgt. Tilsvarende siger 97 pct. af forældrene, at kurset har en høj kvalitet, og over de 14 KiK-hold varierer vurderingerne af kvaliteten fra 91 pct. (SD = 28 pct.) til 100 pct. (SD = 0), som vurderer, at kurset har en høj kvalitet.

⁵Det danske sekretariat for SDQ og DAWBA (2017): <http://sdq-dawba.dk/sdq/opgorelse-af-sdq-scoring/>; Youthinmind (2017): <http://www.sdqinfo.com/norms/UKSchoolNorm.html>

⁶ Udregningen af beskæftigelsesniveauet bygger på RAS (registerbaseret arbejdsstyrkestatistik), der indeholder statistik frem til 4. kvartal af 2015. Udregningen af uddannelsesniveauet bygger på DST's statistik over befolkningens højest fuldførte uddannelse, der indeholder statistik frem til 4. kvartal af 2017.

3.5.2 Respondenter

Analysen af KiK er baseret på svar fra forældre eller andre voksne, som er involveret i barnets opdragelse. I KiK har vi alt modtaget besvarelser fra 162 personer ved første dataindsamling og 89 personer ved anden dataindsamling.

Analysen af PMTO er baseret på svar fra unge og voksne (fx mor, far eller anden voksen i familien). Fra de unge har vi kun modtaget 10 besvarelser ved opstart af behandlingen og 5 ved afslutning af behandlingen. Fra de voksne har vi modtaget 36 besvarelser fra 22 familier ved opstart og 23 besvarelser fra 14 familier ved afslutning af forløbet. I gennemsnit er der ikke forskel på de unges og de voksnes besvarelser, hverken ved første eller anden måling; se bilagstabel 1.1 og bilagstabel 1.2. I resten af analysen af PMTO har vi derfor valgt at analysere unge- og voksenbesvarelser samlet, dels for at øge styrken i analysen, dels for ikke at rapportere gennemsnit, som er baseret på meget få respondenter.

Analysen af M-SKP er baseret på svar fra otte unge. I M-SKP har vi kun modtaget besvarelser ved opstarten af forløbet. Vi kan derfor ikke analysere udviklingen fra før til efter M-SKP, men rapporterer i stedet karakteristika for de unge ved opstart.

3.5.3 Baseline karakteristika og frafaldsanalyse

I det følgende præsenteres baseline karakteristika og frafaldsanalyser for KiK, PMTO og M-SKP. Resultaterne fremgår af tabel 3.1 og tabel 3.2, som er opdelt på hele stikprøven og stikprøven, hvor forældrene har svaret begge gange (panel). Frafaldsanalysen i sidste kolonne undersøger, om der er forskel på deltagere, som svarer én og to gange, dvs. om der er forskel mellem panel- og frafaldssamlet for indsatserne. Tabel 3.3 angiver baseline karakteristika for M-SKP. Der er ingen frafaldsanalyse for M-SKP, da deltagerne kun har svaret én gang før kursernes opstart.

3.5.3.1 KiK

Tabel 3.3 viser baggrunds- og adfærds-karakteristika samt forældrekompetencer for forældre og børn i KiK ved første måling. De fleste af besvarelserne kommer fra kvinder (59 pct.), som er i 30'erne (47 pct.). Langt størstedelen af deltagerne (88 pct.) har en højere uddannelse end 10. klasse, og 1 ud af 5 er ikke i arbejde.

Den totale problemscore (SDQ) for børnene i KiK ligger relativt højt ved begyndelsen af kurset i forhold til normalscoren. I KiK er gennemsnitsscoren $M = 21,57$ for hele samlet (panel- og frafaldssamlet tilsammen), mens normalscoren for de 20 pct. højeste SDQ-scoringer er 14,3. Normal-scoren for de 5 pct. højeste SDQ-scoringer er 20. Med en gennemsnitlig score på 21,57 ligger børnene i KiK blandt de 5 pct. højeste scoringer.

SDQ-scoringerne for de fem underkategorier ligger i forlængelse heraf også højt ved begyndelsen af kurserne og placerer børnene i KiK blandt de 10 pct. højeste scoringer på underkategorierne *følelsesmæssige problemer* og *problemer med jævnaldrende*. Fx er den gennemsnitlige SDQ-score for følelsesmæssige symptomer $M = 5,1$ for hele samlet og $M = 5,4$ for panelsamlet i KiK ved begyndelsen af kurset, og en score på 5 eller derover svarer til de 10 pct. højeste scoringer for denne underkategori. På de resterende tre underkategorier ligger børnene blandt de 20 pct. højeste scoringer.

Tabel 3.3 Baseline karakteristika i KiK og frafaldsanalyse.

	Total		Panel		Forskel
	N	M(SD)	N	M(SD)	p-værdi
Kvinde	162	0,59 (0,49)	81	0,64 (0,48)	0,20
<i>Alder</i>					
21-30 år	162	0,14 (0,35)	81	0,10 (0,30)	0,12
31-40 år	162	0,47 (0,50)	81	0,51 (0,50)	0,35
41-50 år	162	0,34 (0,48)	81	0,35 (0,48)	0,87
51+ år	162	0,05 (0,22)	81	0,05 (0,22)	1,00
<i>Uddannelsesniveau</i>					
Højere end 10. klasse (83 pct.)	162	0,88 (0,32)	81	0,95 (0,22)	0,01 **
Højest 10. klasse eller tilsvarende (17 pct.)	162	0,12 (0,32)	81	0,05 (0,22)	0,01 **
<i>Beskæftigelse</i>					
I beskæftigelse (80 pct.)	162	0,79 (0,41)	81	0,80 (0,40)	0,70
Ikke i beskæftigelse (20 pct.)	162	0,21 (0,41)	81	0,20 (0,40)	0,70
<i>Adfærdsproblemer målt ved SDQ</i>					
Total problemscore(14,3)	162	21,57 (4,68)	78	21,58 (4,41)	0,97
Eksternaliserende adfærd	162	12,42 (2,88)	78	11,89 (2,68)	0,02 *
Internaliserende adfærd	162	9,15 (3,04)	78	9,69 (2,94)	0,02 *
Følelsesmæssige problemer (4)	162	5,07 (2,16)	78	5,41 (2,16)	0,05 *
Adfærdsproblemer (3,7)	162	4,44 (1,66)	78	4,26 (1,62)	0,16
Hyperaktivitet/uopmærksomhed (6,7)	162	7,98 (1,88)	78	7,63 (1,92)	0,02 *
Problemer med jævnaldrende (3)	162	4,08 (2,00)	78	4,28 (2,09)	0,20
Prosocial adfærd (7)	162	6,34 (1,88)	78	6,59 (1,90)	0,09
<i>Forældrekompetencer målt ved PSOC og PS</i>					
Mestringsevne (PSOC)	147	22,70 (5,50)	70	23,36 (5,49)	0,15
Nedgørende opdragelsesstil (PS)	147	4,25 (1,89)	69	4,17 (1,56)	0,60
Over-reagerende opdragelsesstil (PS)	147	19,59 (5,09)	69	20,29 (4,77)	0,10

Anm.: Antal respondenter (N); gennemsnit (M), std. afv. (SD); og p-værdier (* p < 0,05; ** p < 0,01) fra tosidet t-test af baseline-forskelle mellem frafald og panel. Estimer fra STATA modul ttest. Værdier i parentes efter hver SDQ-variabel angiver norm-scoren.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Frafaldsanalyse

I KiK falder 50 pct. af respondenterne fra og besvarer opstartsskemaet, men ikke afslutningskemaet. I panelsamplet er der færre forældre uden videre uddannelse efter grundskolen (p = 0,01). De forældre, der svarer to gange, er altså bedre uddannede end dem, der kun svarer én gang. For at mindske påvirkningen af frafald på analysens resultater tager vi højde for deltagernes baggrundskarakteristika. Der er ikke forskel på forældrene i panelsamplet og i frafaldssamplet for de resterende baggrundskarakteristika: kønsfordeling, alder og beskæftigelse.

Den totale problemscore (SDQ) er ens for hhv. panelsamplet og frafaldssamplet. Det samme gælder scorerne for forældrekompetencer; *mestringsevne*, *nedgørende opdragelsesstil* og *overreagerende opdragelsesstil*. Men eksternaliserende adfærd (lavere i panelsamplet) og internaliserende adfærd (højere i panelsamplet) er signifikant forskellige mellem de to samples. Det skyldes, at der er forskel i de to underkategorier hyperaktivitet/uopmærksomhed (lavere i panelsamplet) og følel-

sesmæssige symptomer (højere i panelsamplet). Fixed effects-metoden tager højde for disse forskelle i udgangspunktet for KiK-deltagerne i de to grupper.

3.5.3.2 PMTO

Tabel 3.4 viser baggrunds- og adfærdskarakteristika for forældre og børn i PMTO ved første måling. I PMTO har vi i alt modtaget besvarelser fra 46 personer ved første dataindsamling, hvoraf 25 personer går igen ved anden dataindsamling. Som det fremgår af tabel 3.5.3, er 57 pct. drenge, der i gennemsnit er 13,4 år. De fleste af forældrene er kvinder (61 pct.), og lidt under halvdelen er mellem 41-50 år. Blandt forældrene har 79 pct. en højere uddannelse end 10. klasse, og 71 pct. er i beskæftigelse. Omkring 2 ud af 5 af mødrene i samplet er ikke i arbejde før kursernes opstart, mens næsten alle fædre i samplet er i arbejde.

Tabel 3.4 Baseline karakteristika i PMTO og frafaldsanalyse.

	Total		Panel		Forskel
	N	M(SD)	N	M(SD)	p-værdi
Ung er en dreng	46	0,57 (0,76)	25	0,52 (0,76)	0,67
Den unges alder	44	13,42 (3,47)	25	12,52 (3,45)	0,06
Forælder er en kvinde	36	0,61 (0,49)	21	0,67 (0,49)	0,43
<i>Forældres alder</i>					
31-40 år	11	0,27 (0,42)	7	0,43 (0,42)	0,17
41-50 år	11	0,45 (0,51)	7	0,43 (0,51)	0,83
51-60 år	11	0,27 (0,44)	7	0,14 (0,44)	0,26
<i>Uddannelsesniveau</i>					
Højere end 10. klasse (82 pct.)	29	0,79 (0,42)	20	0,80 (0,42)	0,90
Højest 10. klasse eller tilsvarende (18 pct.)	29	0,21 (0,42)	20	0,20 (0,42)	0,90
<i>I beskæftigelse</i>					
I beskæftigelse (80 pct.)	34	0,71 (0,45)	21	0,81 (0,45)	0,10
Ikke i beskæftigelse (20 pct.)	34	0,29 (0,45)	21	0,19 (0,45)	0,10
<i>Adfærdsproblemer målt ved SDQ</i>					
Total problemscore(13,6)	46	17,15 (4,48)	25	18,20 (4,48)	0,10
Eksternaliserende adfærd	46	10,24 (3,87)	25	10,16 (3,86)	0,88
Internaliserende adfærd	46	6,91 (3,58)	25	8,04 (3,57)	0,03 *
Følelsesmæssige problemer(4,2)	46	4,09 (2,37)	25	5,24 (2,37)	0,00 **
Adfærdsproblemer (3,3)	46	3,52 (2,48)	25	3,36 (2,48)	0,63
Hyperaktivitet/uopmærksomhed (6,1)	46	6,72 (2,98)	25	6,80 (2,97)	0,84
Problemer med jævnaldrende (3,3)	46	2,83 (2,69)	25	2,80 (2,68)	0,94
Prosocial adfærd (6,4)	46	6,28 (2,47)	25	6,64 (2,47)	0,30

Anm.: Antal respondenter (N); gennemsnit (M), std. afv. (SD); og p-værdier (* p < 0,05; ** p < 0,01) fra tosidet t-test af baseline-forskelle mellem frafald og panel. Estimerne er grupperet på familieniveau, da vi slår voksnes og unges besvarelser sammen. Estimer fra STATA modul clltest. Værdier i parentes efter hver SDQ-variabel angiver norm-scoren.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Ligesom i KiK ligger den totale problemscore (SDQ) for de unge højt ved begyndelsen af kurset. I PMTO er gennemsnitsscoren M = 17,15 for hele samplet og M = 18,20 for panelsamplet, mens normalscoren for de 20 pct. højeste SDQ-scoringer er 13,8. I forhold til normalscoren ligger børnene i

PMTO derfor blandt de 20 pct. højeste scorerer. De ligger dog på grænsen til de 10 pct. højeste SDQ-scorer, som har en normscore-grænseværdi på 17,2. Når man ser isoleret på SDQ-scoren for panel-samplet på 18,20, ligger børnene og de unge i panelsamplet blandt de 10 pct. højeste scorerer.

I forlængelse af de høje totalscorer ligger børnenes og de unges scorerer uden for normalområdet for de fleste af SDQ-underkategorierne i PMTO, men ikke for alle. SDQ-scorerne for følelsesmæssige problemer, adfærdsproblemer og hyperaktivitet/uopmærksomhed er relativt høje ved begyndelsen af kurserne i forhold til normalscoren for de 20 pct. højeste SDQ-scorer. Fx er SDQ-scoren for hyperaktivitet/uopmærksomhed i PMTO-indsatsen $M = 6,72$ for hele samplet og $M = 6,80$ for panelsamplet, mens normalscoren for de 20 pct. højeste SDQ-scorer er 6,1. På disse underkategorier ligger børnene og de unge altså uden for normalområdet. Ingen af scorererne på underkategorierne er så høje, at de placerer børnene og de unge i området for de 10 pct. højeste scorerer.

SDQ-scoren for underkategorien 'problemer med jævnaldrende' ligger derimod inden for normalområdet givet ved 20 pct.-grænsen. Ved PMTO-kursets opstart er scoren $M = 2,83$ for hele samplet og $M = 2,80$ for panelsamplet, hvorimod normalscoren for de 20 pct. højeste er 3,3 eller derover. Endeligt er SDQ-scoren for prosocial adfærd ikke signifikant forskellig fra normalscoren for de laveste 20 pct. De unges SDQ-scorer ligger dermed uden for normalområdet i 3 ud af 5 underkategorier.

Frafaldsanalyse

I PMTO falder 46 pct. af respondenterne fra og besvarer opstartsskemaet, men ikke afslutnings-skemaet. Frafaldsanalysen viste ingen statistisk forskel på forældrenes og de unges baggrundskarakteristika i panelsamplet og i frafaldssamplet ($p > 0,05$).

Når man sammenligner SDQ-scorerne for panelsamplet og frafaldssamplet, er to af scorererne signifikant forskellige fra hinanden. Se sidste kolonne i tabel 2.3. Det drejer sig om scoren for følelsesmæssige problemer og for internaliserende adfærd, der begge er højere i panelsamplet (scoren for følelsesmæssige problemer indgår i internaliserende adfærd, som beskrevet i afsnit 3.4.2.1). Fixed effects-metoden tager højde for forskelle i udgangspunktet for deltagerne i panel- og frafaldssamplet, og udviklingsanalysen i afsnit 3.5.4.2 er derfor mindre påvirket af frafaldet.

3.5.3.3 M-SKP

I M-SKP har vi alt modtaget besvarelser fra otte unge ved første dataindsamling. Blandt de unge er 6 af respondenterne piger, og 2 er drenge. Deres alder varierer fra 13 til 24 år (gennemsnit ≈ 18 år, $N = 7$).

Den totale problemscore (SDQ) for de unge i M-SKP ligger højt i opstartsperioden ($M = 18,25$) i forhold til normalscoren for de 20 pct. højeste SDQ-scorer (15,3). SDQ-scoren på 18,25 placerer de unge i M-SKP blandt de 10 pct. højeste scorerer (grænseværdien for de 10 pct. højeste SDQ-scorer er 18). På nær to underkategorier (*problemer med jævnaldrende* og *prosocial adfærd*) ligger alle scorererne uden for normalområdet.

Tabel 3.5 Baseline karakteristika i M-SKP.

Baseline trait	N	Total
		M(SD)
Ung er en dreng	8	0,25 (0,46)
Den unges alder	7	17,70 (3,74)
<i>Adfærdsproblemer målt ved SDQ</i>		
Total problemscore (15,3)	8	18,25 (5,75)
Eksternaliserende adfærd	8	10,50 (4,07)
Internaliserende adfærd	8	7,75 (3,49)
Følelsesmæssige problemer (5)	8	5,13 (2,47)
Adfærdsproblemer (4)	8	4,13 (2,70)
Hyperaktivitet/uopmærksomhed (6)	8	6,38 (2,26)
Problemer med jævnaldrende (3)	8	2,63 (2,13)
Prosocial adfærd (6,6)	8	7,38 (2,13)

Anm.: Antal respondenter (N); gennemsnit (M), std. afv. (SD). Estimer fra STATA modul summarize. Værdier i parentes efter hver SDQ-variabel angiver norm-scoren.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

3.5.3.4 Sammenligning af baggrunds- og adfærds-karakteristika ved baseline

Der er både ligheder og forskelle i de baggrunds- og adfærds-karakteristika, der beskrives ovenfor for de tre indsatser. Lighederne er, at den totale problemscore (SDQ) er relativt høj i opstartsperioden for alle tre indsatser. På tværs af indsatserne ligger børnene og de unge altså uden for normalområdet på den samlede problemscore. Men der er forskelle i, hvor langt scorene ligger uden for normalområdet. I KiK er den gennemsnitlige problemscore (SDQ) 21,56 ved baselinemålingen for hele samplet, mens den er 18,25 for M-SKP og 17,2 for PMTO. I forhold til normalscoren ligger børnene i KiK således blandt de 5 pct. højeste scorerer, mens de unge i M-SKP ligger blandt de 10 pct. højeste, og de unge i PMTO ligger blandt de 20 pct. højeste.

De få respondenter i M-SKP og PMTO betyder, at der er nogen usikkerhed forbundet med sammenligningerne, men respondenterne i PMTO synes at score lidt lavere end i KiK, og for nogle af underkategorierne (*problemer med jævnaldrende* og *prosocial adfærd*) er scorene for børn og unge i PMTO i normalområdet ved baselinemålingen. I KiK er scorene derimod uden for normalområdet for alle underkategorierne inden kursernes opstart.

Forældrenes ressourcer i KiK og PMTO er også forskellige ved kursernes opstart. Det drejer sig særligt om uddannelses- og beskæftigelsesniveauet. Ved kursernes opstart har 88 pct. af forældrene i KiK en højere uddannelse end 10. klasse, mens dette tal er 79 pct., næsten ti procentpoint lavere, for forældrene i PMTO. Forældrenes uddannelsesniveau i KiK ligger over gennemsnittet for en sammenlignelig dansk befolkning (83 pct.), mens forælder-uddannelse i PMTO ligger under en sammenlignelig normalgruppe (82 pct.). I KiK er 79 pct. af forældrene i beskæftigelse ved kursens opstart, mens tallet er 71 pct. for forældrene i PMTO. Forældrene i KiK ligger dermed tæt på gennemsnittet for befolkningen (80 pct.), mens forældrene i PMTO ligger under. Samlet set er forældrenes ressourcer altså relativt højere for forældrene i KiK ift. forældrene i PMTO, mens børnenes SDQ-scoring omvendt peger på, at børnene i KiK har et relativt dårligere udgangspunkt end børnene og de unge i PMTO.

3.5.4 Udvikling i børn og unges adfærd

Dette afsnit beskriver udviklingen i børnenes og de unges socioemotionelle adfærd (SDQ) og forældrekompetencer (PSOC og PS) mellem KiK- og PMTO-kursernes opstart og afslutning.

3.5.4.1 KiK

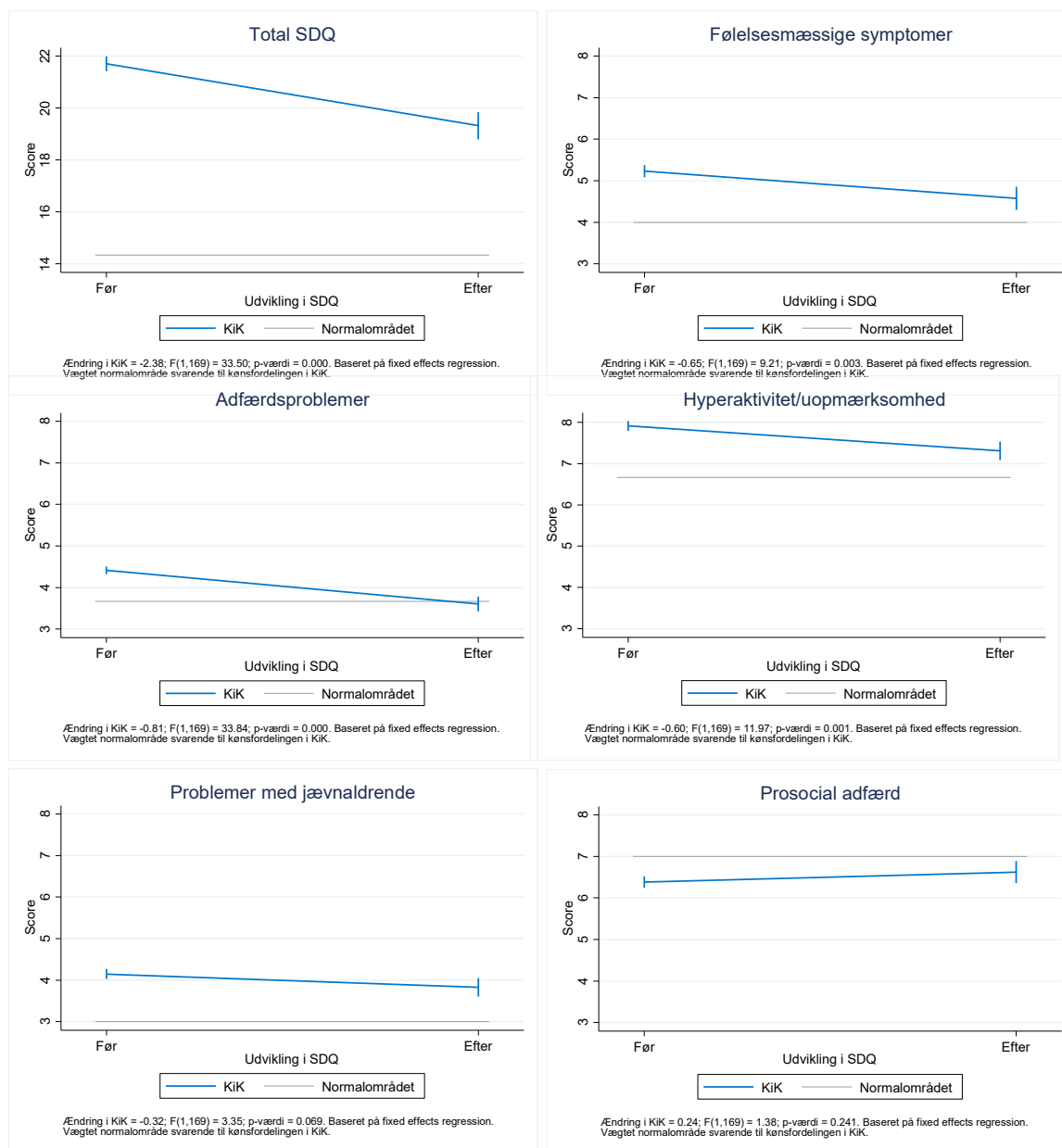
I KiK er der indsamlet SDQ-scoringer for 170 voksne, som vurderer børnenes udvikling. Udviklingen i disse fremgår af bilagstabel 1.3. Analyserne viser signifikante ændringer for de fleste SDQ-scoringer mellem opstarten og afslutningen af kurserne. Den samlede problemscore mindskes signifikant over forløbet, $\delta = -2,36$; $p < 0,01$; 95 pct. CI = $[-19,67; -0,20]$; Cohens $d = 0,50$. Det samme gælder SDQ-scoringerne for eksternaliserende adfærd, internaliserende adfærd, følelsesmæssige symptomer, adfærdsproblemer og hyperaktivitet/uopmærksomhed, der alle har signifikante ændringer i størrelsesordenen $\delta = -0,58$ til $\delta = -1,40$; $p < 0,01$ og Cohens d fra $d = 0,30$ til $d = 0,49$. Ændringerne i SDQ-scoringerne for de resterende to underkategorier; *problemer med jævnaldrende* og *prosocial adfærd*, er ikke signifikante, men har begge de forventede fortegn (hhv. $\delta = -0,31$ og $\delta = 0,21$).

Der er indsamlet data på forældrenes udvikling for 163 voksne i KiK. Det drejer sig om data på forældrekompetencer (PSOC), som er målt med underskalaen *mestringsevne*, og om data på forældrenes opdragelsesstil (PS), der er målt med underskalaerne *overreagerer* og *nedgørende*. Udviklingen på disse skalaer fremgår af bilagstabel 1.3. Analyserne viser en signifikant ændring i scoren for *mestringsevne*, som stiger mellem opstarten og afslutningen af kurserne; $\delta = 3,76$; $p < 0,01$; 95 pct. CI = $[0,33; 26,05]$; $d = 0,68$. Forældrene vurderer altså deres evne til at problemløse og deres tro på egne kompetencer bedre efter kurserne i forhold til før kursernes opstart. Der er ligeledes en signifikant ændring på underkategorien *overreagerer*, som falder mellem opstart og afslutning af kursusforløbene; $\delta = -5,29$; $p < 0,01$; 95 pct. CI = $[-15,32; -0,29]$; $d = 1,04$. Forældrene vurderer dermed deres opdragelsesstil som mindre hård eller overreagerende ved afslutningen af kurserne i forhold til ved opstarten. Endelig er ændringen på underkategorien *nedgørende* insignifikant, men med det forventede fortegn ($\delta = -0,25$). Forældrene ligger tæt på bunden af skalaen på denne underkategori, som går fra 3-21. $M = 4,27$ før opstart og $M = 4,02$ efter afslutning af kurserne, hvilket kan forklare den insignifikante ændring, da det kan være svært at flytte dem yderligere på denne skala.

Figur 3.1 illustrerer, hvad ændringerne i SDQ-scoringerne betyder for KiK-børnenes placering i forhold til børn, der ligger på grænsen af normalområdet.⁷

⁷ Som beskrevet i afsnit 1.3.1 om normalscorer, er normalområdet defineret ved grænsen mellem de 80 pct. med få eller ingen adfærdsvanskeligheder og de 20 pct. med flest vanskeligheder. Fordi udviklingen i KiK indeholder besvarelser om både drenge og piger, er grænsen til normalområdet vægtet, så den indeholder en tilsvarende fordeling af besvarelser som i KiK-kurven.

Figur 3.1 Udvikling i total SDQ og subscore for familier i KiK i forhold til normalområdet. Estimater baseret på FE-modellen. Pointscorer.



Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017

Grafen i øverste venstre hjørne af Figur 3.1 illustrerer udviklingen i den totale problemscore for KiK i forhold til grænsen til normalområdet. Før kursets opstart ligger børnenes samlede problemscore i KiK langt over grænsen til normalområdet, og efter kursets afslutning er scoren stadig højere end normalområdet. Scoren falder dog mellem kursets opstart og afslutning, og børnene i KiK befinder sig dermed tættere på normalområdet ved kursets afslutning end ved opstart. De resterende grafer i figur 3.3 viser lignende udviklinger for subscorene for følelsesmæssige symptomer, hyperaktivitet/uopmærksomhed, problemer med jævnaldrende og prosocial adfærd. Alle scorene ligger langt fra normalområdet ved kursets opstart, men nærmer sig normalområdet ved kursets afslutning uden at krydse grænsen til normalområdet. Undtagelsen er subscoren for adfærdsproblemer.

Før kursets opstart scorer børnene højere end normalområdet for adfærdsproblemer, men efter kursets afslutning er scoren faldet, så der ikke længere er signifikant forskel på børnenes scorer og grænseværdien til normalområdet.

3.5.4.2 PMTO

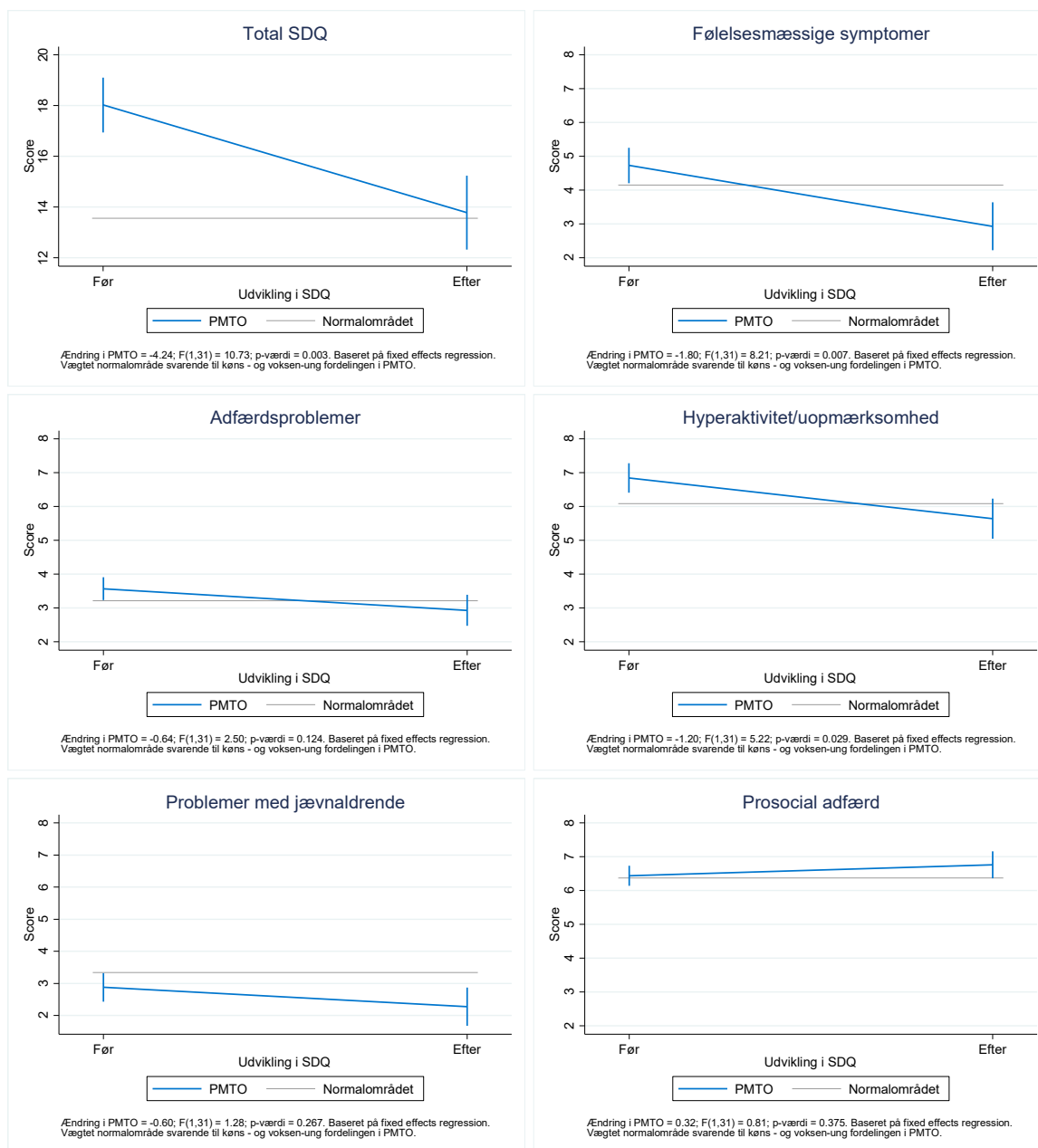
I PMTO er der indsamlet SDQ-scorer for 49 unge og voksne. Udviklingen i disse er illustreret i figur 3.4 og bilagstabel 1.4. Figurerne viser udviklingen i PMTO-gruppen i forhold til unge på grænsen af normalområdet.⁸

Af bilagstabel 1.4 fremgår det, at de fleste SDQ-scorer for PMTO-indsatsen ændrer sig signifikant over perioden mellem opstart og afslutning af indsatsen. Den samlede problemscore i PMTO mindskes signifikant; $\bar{d} = -4,24$; $p < 0,01$; 95 pct. CI = $[-0,65; -14,02]$; Cohen's $d = 0,95$. Det samme gælder SDQ-scorerne for eksternaliserende adfærd, internaliserende adfærd, følelsesmæssige symptomer og hyperaktivitet/uopmærksomhed, der har signifikante ændringer i størrelsesordenen $\bar{d} = -1,20$ til $\bar{d} = -2,40$; $d = 0,53-0,81$ og $p < 0,05$ for eksternaliserende adfærd, internaliserende adfærd og hyperaktivitet/uopmærksomhed, samt $p < 0,01$ for følelsesmæssige symptomer. SDQ-scorerne ændrer sig ikke signifikant for de tre underkategorier; adfærdsproblemer, problemer med jævnaldrende og prosocial adfærd, men de har alle de forventede fortegn (hhv. $\bar{d} = -0,64$; $\bar{d} = -0,60$ og $\bar{d} = 0,32$).

Figur 3.2 illustrerer, hvad ændringerne i SDQ-scorerne i PMTO betyder for de unges placering i forhold til unge, der ligger på grænsen af normalområdet.

⁸ Som beskrevet i afsnit 1.3.1 om normalscorer, er normalområdet defineret ved grænsen mellem de 80 pct. med få eller ingen adfærdsvanskeligheder og de 20 pct. med flest vanskeligheder. Fordi udviklingen i PMTO indeholder besvarelser fra både forældre og unge og ser på både drenge og piger, er grænsen til normalområdet vægtet, så den indeholder en tilsvarende fordeling af besvarelser som i PMTO-kurven.

Figur 3.2 Udvikling i total SDQ og subscore for familier i PMTO i forhold til normalområdet. Estimater baseret på FE-modellen. Pointscorer.



Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Grafen i øverste venstre hjørne af figur 3.4 illustrerer udviklingen i den totale problemscore for unge i PMTO i forhold til grænsen for normalområdet. Før kursets opstart ligger de unges samlede problemscore over grænsen til normalområdet, men efter kurset er den samlede problemscore ikke længere signifikant forskellig fra normalområdet. Grafen i øverste højre hjørne viser en lignende udvikling for følelsesmæssige symptomer: Før kursets start scorede de unge i PMTO signifikant højere end grænsen til normalområdet, men efter kurset falder SDQ-scoren for kategorien ned under grænseværdien og placerer de unge i normalområdet.

SDQ-scoren for både adfærdsproblemer og hyperaktivitet/uopmærksomhed ligger også uden for normalområdet før kursets start. Men efter kursets afslutning er scorene faldet, så de ikke længere er signifikant forskellige fra grænsen til normalområdet. Endelig viser figur 3.4, at SDQ-scoren

for problemer med jævnaldrende lå inden for normalområdet ved kursets opstart, og at scoren er faldet yderligere ved kursets afslutning. Scoren for prosocial adfærd er hverken signifikant forskellig fra grænseværdien for normalområdet før eller efter PMTO-forløbet.

3.6 Opsamling på udviklingen i spørgeskemadata

Analysen viser, at børnene og de unge i KiK og PMTO scorer relativt højt på SDQ-scoringerne inden kursernes opstart. Målt på den totale problemscore (SDQ) placerer børnene og de unge sig uden for normalområdet for både KiK- og PMTO-forløbene. Børnene i KiK scorer uden for normalområdet på alle fem underkategorier for SDQ, mens børnene og de unge i PMTO scorer uden for normalområdet på tre af underkategorierne. På de resterende to underkategorier (*problemer med jævnaldrende* og *prosocial adfærd*) ligger børnene og de unge i PMTO inden for normalområdet ved kursernes opstart. Forældrene i KiK og PMTO ligger tæt på det gennemsnitlige uddannelses- og beskæftigelsesniveau i den danske befolkning i samme aldersgruppe og med samme kønsfordeling. Forældrene i KiK er dog lidt bedre uddannede end befolkningsgennemsnittet, og forældrene i PMTO har en lavere beskæftigelsesandel end den danske befolkning ved kursernes opstart.

Overordnet viser analyserne, at der er signifikante ændringer i SDQ-scoringerne for børnene og de unge mellem opstart og afslutning af både KiK- og PMTO-kurserne. Forældrene og de unge vurderer altså børnenes og de unges adfærd mere positivt efter kurserne, end de gjorde inden kursernes opstart.

Analysen for KiK og PMTO viser samtidig, at det er forskelligt, hvad ændringerne i scorene betyder for børnenes og de unges placering i forhold til normalområdet. For PMTO-indsatsen betyder ændringerne i den samlede problemscore (SDQ), at de unge går fra at ligge uden for normalområdet til ikke længere at score signifikant forskelligt fra dette. For KiK ligger børnene også uden for normalområdet ved kursernes opstart, og de rykker sig ligeledes tættere på grænsen til normalområdet ved kursernes afslutning. Men modsat PMTO ligger børnene i KiK stadig signifikant uden for normalområdet efter kursernes afvikling. Det skal ses i lyset af, at børnene og de unge starter kurserne med forskellige udgangspunkter. Børnene i KiK scorede gennemsnitligt højere på den samlede problemscore inden kursernes opstart ($M = 21,57$) sammenlignet med børnene og de unge i PMTO ($M = 17,15$). Forældrene i KiK havde samtidig gennemsnitligt flere ressourcer målt på beskæftigelses- og uddannelsesniveau relativt til forældrene i PMTO.

For KiK kunne vi også følge udviklingen for forældrene. Forældrenes mestringsevne steg mellem kursernes opstart og afslutning, og de vurderede deres opdragelsesstil som mindre hård og overreagerende ved afslutningen af kurserne i forhold til ved opstarten.

Manglende data gør, at vi ikke kan beregne en udvikling for deltagerne i M-SKP mellem indsatsens opstart og afslutning. Vi har i stedet afrapporteret de unges baggrunds- og adfærds karakteristika inden kursernes opstart, og ligesom i KiK og PMTO ligger de unge i M-SKP uden for normalområdet målt på den totale problemscore (SDQ). Når man tolker på disse resultater og resultaterne fra undersøgelsen generelt, bør man tage forbehold for det lille antal respondenter, som M-SKP og PMTO er analyseret på baggrund af. Endelig er der nogle begrænsninger forbundet med det frafald, der sker undervejs i undersøgelsen, hvilket vi vender tilbage til i afsnit 5.4.

4 Omkostningsevaluering

I den forrige del af evalueringen analyserede vi deltagernes udvikling hen over indsatsforløbene. I det følgende ser vi på, hvad det koster for udbydere at implementere og drive indsatserne.

4.1 Baggrund

ADHD og ADHD-lignende udfordringer er forbundet med betydelige negative konsekvenser, både for den unge og for samfundet (Birnbaum m.fl., 2005; Daley m.fl., 2015). Det har både en menneskelig og en samfundsmæssig pris. I USA har forskere forsøgt at prissætte de økonomiske konsekvenser af ADHD. En gennemgang af amerikanske studier af omkostninger relateret til ADHD konkluderer, at børn og unge med ADHD har sundhedsomkostninger, som årligt er \$500-\$1350 højere end kontrolgruppens (Matza, Paramore & Prasad, 2005). Man finder også, at omkostningerne stiger markant, efterhånden som børnene og de unge bliver ældre.

Et andet amerikansk studie viser, at omkostninger i forbindelse med sundhedsudgifter og tabt arbejdsfortjeneste for børn, unge og deres familiemedlemmer løber op i \$31,6 millioner i USA i år 2000 alene (Birnbaum m.fl., 2005).

I dansk sammenhæng undersøgte en forskergruppe i 2015, hvad ubehandlet ADHD har af omkostninger for hhv. den enkelte borger og for det danske samfund generelt. Undersøgelsen fandt, at når personer med ubehandlet ADHD bliver voksne, er deres årlige rådighedsbeløb 8.930 EUR lavere end for befolkningen generelt (Daley m.fl., 2015). Det svarer til et rådighedsbeløb, som er reduceret med 66.450 kr. hvert år.

Undersøgelsen fandt også, at de samfundsmæssige omkostninger ved ubehandlet ADHD beløber sig til årligt 15.823 EUR ekstra pr. person i forhold til den gennemsnitlige dansker (Daley m.fl., 2015). Det svarer til 117.744 kr. om året pr. person med ubehandlet ADHD. Beløbet dækker tabte skatteindtægter, uddannelsesomkostninger, kriminalitet, sociale ydelser og sundhedsudgifter. Samlet set betød det ekstraomkostninger på 301 millioner EUR eller 2,2 mia. kr. grundet ubehandlet ADHD i Danmark i 2010 (Daley m.fl., 2015). Til disse omkostninger skal lægges alle de faktorer, som er svære at kvantificere, eksempelvis tabt livskvalitet, skilsmisse og ensomhed. Både de personlige og samfundsmæssige omkostninger ved ubehandlet ADHD er altså store, og i forlængelse heraf kan det være både socialt og økonomisk rentabelt at forebygge og behandle ADHD.

4.2 Formål

Denne omkostningsevaluering beskæftiger sig med de tre indsatser, KiK, PMTO og M-SKP, der har til formål at afhjælpe ADHD og ADHD-lignende problemstillinger på et tidligt tidspunkt og derved reducere både personlige og samfundsmæssige omkostninger ved ADHD.

På kort sigt kræver det en investering, da indsatser naturligvis er forbundet med udgifter. Denne evaluering indsamler viden om disse udgifter og systematiserer den. Formålet er at gøre det muligt for en kommune, der ønsker at styrke tilbud til unge og familier med ADHD, at danne sig et overblik over de omkostninger, der skal afholdes i forbindelse med implementering og drift af en eller flere ADHD-indsatser. Omkostningsvurderingen giver et tværgående overblik over indsatserne.

Alternativet til at tilbyde indsatser til børn og unge med ADHD og ADHD-lignende udfordringer er, at børnene og de unge kommer til at leve et liv med ubehandlet ADHD. Derfor holdes resultaterne op mod de massive omkostninger, som ubehandlet ADHD har jf. danske forskningsresultater fra Daley m.fl. (2015).

4.3 Design

Den økonomiske evaluering er udført som en beregning af tre omkostningsscenarier eller "business cases"; én for KiK, én for PMTO med ADHD-modul og én for M-SKP. Med de tre omkostningsscenarier har vi forsøgt at komme så tæt på et gennemsnitligt kommunalt scenarie for indsatserne som muligt. Det skal dog understreges, at fordi både indsatser, kommuner og organisering varierer, giver omkostningsscenarierne kun et overordnet og vejledende overslag.

Til analysen anvendes retningslinjer og beregningsmodel fra Socialstyrelsen til økonomiske analyser af sociale indsatser (Socialstyrelsen, 2016a). Det sikrer sammenlignelighed med omkostningsvurderinger af andre sociale indsatser udarbejdet af Socialstyrelsen. Modellen er tilpasset indsatserne ift. omkostningselementer, caseload (antal sager, der igangsættes pr. år) og forventet gennemførelsesprocent.

Omkostningsevalueringen har fokus på bruttoomkostninger, det vil sige direkte omkostninger ved at drive indsatserne. Denne del af undersøgelsen har som hovedformål at estimere og sammenligne bruttoomkostninger ved drift af de tre indsatser. For at perspektivere omkostningsvurderingerne sammenholdes bruttoomkostninger ved de tre indsatser med estimater på de afledte besparelser, man kan forvente at opnå ved at tilbyde børn og unge med ADHD og ADHD-lignende problemer en tidlig indsats. Estimaterne kommer fra dansk forskning i omkostningerne forbundet med ubehandlet ADHD (Daley m.fl., 2015).

4.4 Datakilder

Den tværgående omkostningsevaluering af de tre indsatser er baseret på tre datakilder:

1. Omkostningsmateriale fra Socialstyrelsen
2. Interview med nøglepersoner
3. SFI's cost-effectiveness analyse (kun KiK).

Socialstyrelsen har kort tid forud for denne evaluering udarbejdet omkostningsvurderinger af både PMTO og KiK (Socialstyrelsen, 2015, 2016b). I den forbindelse har man indsamlet data og kvalificeret en business case for hvert scenarie. Denne tværgående vurdering har taget udgangspunkt i disse business cases for PMTO og KiK og tilpasset dem målgruppen med ADHD og ADHD-lignende udfordringer. Tilpasningen er sket på baggrund af input fra nøglepersoner med indsigt i indsatserne. Indsamling af yderligere spørgeskemadata fra kommunerne blev vurderet overflødig.

Mentorordningen var nyudviklet på evalueringstidspunktet. Der pågik en proces med at afprøve og implementere indsatsen i tre forsøgskommuner, mens denne undersøgelse blev udarbejdet. Derfor var mentorordningen endnu ikke i drift, da data blev indsamlet, og derfor har vi gjort en øget indsats for at indsamle data for mentorordningen for på den baggrund at kunne opstille en så solid business case som muligt.

Da dataindsamling om mentorordning viste sig at være sværere end først antaget, blev flere strategier afprøvet:

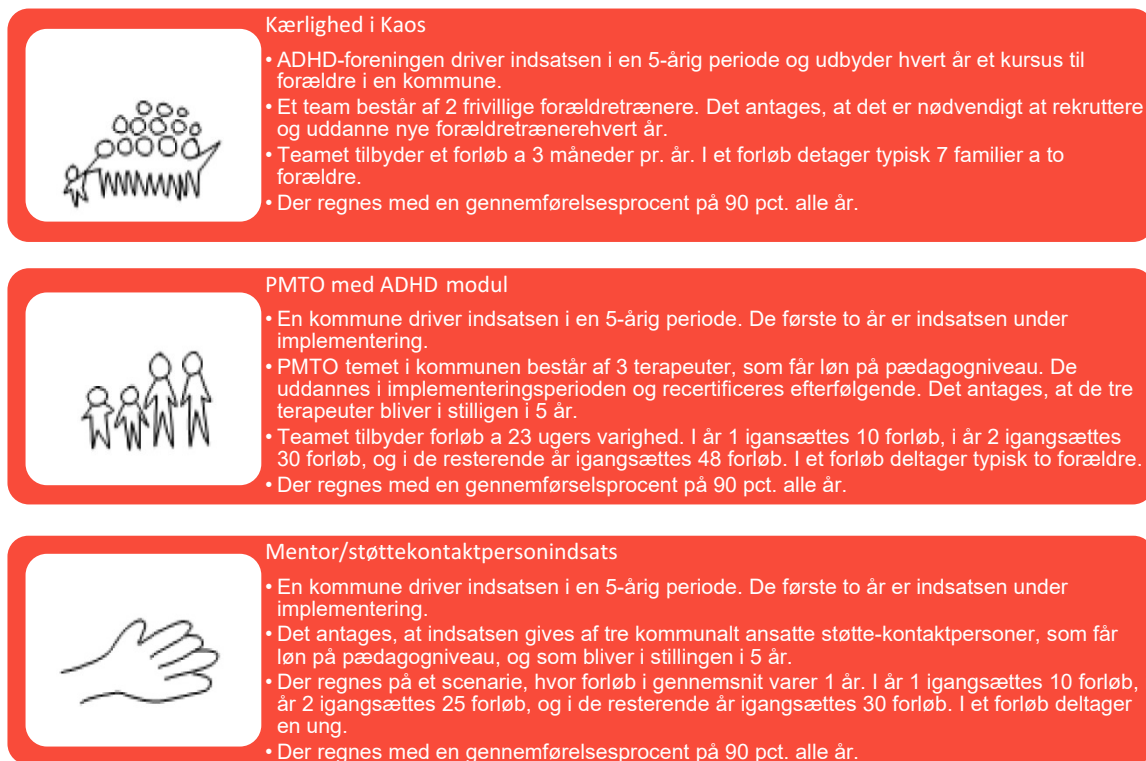
1. Rekruttering af nøglepersoner i de kommuner, der afprøver mentorordningen. Desværre var vi ekstraordinært udfordret i forbindelse med rekruttering, bl.a. fordi indsatsen er i afprøvningsfasen.
2. Kommuner fik tilsendt spørgeskemaer om drift og omkostninger med henblik på at kvalificere en businesscase for mentorordningen. Ingen af kommuner besvarede skemaerne.
3. Ved telefonisk opfølgning lykkedes det at få etableret kontakt til én kommune. Businesscasen for mentorordningen er bygget på input fra denne kommune.

Grundet det smalle datagrundlag skal omkostningsanalysens resultater læses som vejledende. Det gælder særligt for mentorordningen, som endnu ikke er i egentlig drift, og hvor datagrundlaget baserer sig på én kommune.

4.5 Business cases

Både KiK og PMTO har været i drift i Danmark i en årrække, hvorfor indsatserne er velafprøvede. Vi har derfor haft mulighed for at opstille cases på baggrund af faktiske erfaringer med at drive indsatserne i Danmark. Mentorordningen var stadig i udviklingsfasen i evalueringsperioden, og derfor er casen for M-SKP indsatsen bygget på antagelser om, hvordan drift af ordningen vil tegne sig, men ikke på egentlige erfaringer hermed. Antagelserne er udformet på baggrund af input fra én af de tre projektkommuner i M-SKP-ordningen. Omkostningsberegningerne er foretaget med udgangspunkt i de tre cases, der opridses i figur 4.1.

Figur 4.1 Tre cases til omkostningsberegning.



Kilde: Cases opstillet på baggrund af data fra (Socialstyrelsen, 2015, 2016b), interview med nøglepersoner og oplysninger om case kommune.

Resultaterne er følsomme over for ændringerne i cases. Bemærk derfor følgende egenskaber ved casene, som har betydning for resultaterne:

Rekruttering og uddannelse:

- Til KiK skal der løbende rekrutteres og uddannes frivillige til at give indsatsen. Det antages, at det er nødvendigt at rekruttere og uddanne nye frivillige til KiK hvert år.
- I PMTO og M-SKP vil kommunerne typisk rekruttere terapeuter og støttekontaktpersoner blandt kommunens eksisterende personale. I dette scenarie forventer vi, at man videreuddanner tre personer med pædagogbaggrund eller lignende fra det eksisterende personale, og at disse bliver i stillingen i 5 år.
- I PMTO er der krav om recertificering, derfor påregnes uddannelsesomkostninger løbende.

Implementering og caseload (antal forløb):

- For PMTO- og M-SKP-indsatserne antages det, at der arbejdes med en nedsat caseload (antal forløb) de første 2 år. Det skyldes, at indsatserne er kommunalt forankrede, og at der derfor skal påregnes en implementeringsperiode. Under implementering kan man ikke forvente at igangsætte samme antal forløb som i et normalt driftsår.
- KiK drives af ADHD-foreningen og skal derfor ikke implementeres kommunalt. Der regnes derfor med samme caseload (antal forløb) alle år.

Deltagere pr. forløb:

- KiK og PMTO er begge forældretræningsprogrammer. Her består et forløb typisk af to forældre. Fordi det er en forældretræningsindsats, kan de gavnlige effekter evt. virke afsmittende

på søskende. Sådanne afsmittende effekter tager vi ikke højde for, men skal lægges til vores resultater.

- M-SKP indsatsen rettes mod den unge selv. Her deltager én ung i et forløb.

Gennemførelsesprocent:

- Vi har ikke data nok til at afgøre, om den ene indsats har væsentligt flere gennemførte forløb end andre, eller om der omvendt er meget frafald fra bestemte indsatser. Vi har derfor arbejdet med den samme gennemførelsesprocent (90 pct.) for alle tre indsatser. Ved at holde dette forhold konstant influerer det ikke på beregningernes sammenlignelighed.

Der er foretaget følsomhedsanalyser i forhold til ændringer i lønniveau, caseload (antal forløb), gennemførelsesprocenter og behov for uddannelse af nyt personel. De præsenteres sammen med resultaterne.

4.6 Omkostningsvurderingens elementer

Elementerne indeholdt i beregningerne for de tre indsatser ses af figur 4.1. Omkostninger, som kommunerne må opleve ud over disse elementer, skal lægges til omkostningsresultaterne.

Tabel 4.1 Elementer i omkostningsberegningerne.

Element	KiK	PMTO	M SKP
Rekruttering af frivillige	X		
Uddannelse	X	X	X
Recertificering/efteruddannelse	X	X	
Transport	X	X	X
Rejser og forplejning	X	X	X
Løn		X	X
Materialer	X	X	
Investeringer i IT/Videoudstyr	X	X	
Forplejning ifm. levering af indsatsen	X		X
Rekruttering/annoncering	X		

Kilde: Socialstyrelsen (2015, 2016b) samt egne data.

4.7 Resultater af omkostningsanalysen

Her præsenteres de hovedresultater, som vi mener giver det bedst mulige billede af omkostninger ud fra de relativt spinkle data, vi havde til rådighed. Resultaterne skal læses med forbehold for, at M-SKP-indsatsen endnu ikke har været i drift i Danmark. Resultaterne er gældende under forudsætning af de antagelser, som er opridset i afsnit 4.5.

4.7.1 Årlige omkostninger ved indsatserne over en 5-årig periode

Tabel 4.2 viser antallet af påbegyndte og gennemførte forløb for hvert år i hver af de tre ADHD-indsatser. KiK drives af ADHD-foreningen og skal ikke implementeres kommunalt. Derfor er antallet af forløb og omkostninger pr. år konstant over hele perioden. PMTO og M-SKP skal omvendt

implementeres i en kommune. Derfor er der et lavere antal sager og lavere omkostninger i de første år, mens implementeringen står på.

PMTO er et evidensbaseret program, som både kræver certificering og recertificering. Derfor er omkostningerne til implementering flere og løber over en længere periode end i M-SKP, der indholdsmæssigt ligger tættere på de mentor- og støttekontaktpersons-ordninger, som kommuner i forvejen udbyder.

Table 4.2 Antal igangsatte og gennemførte forløb samt driftsomkostninger pr. driftsår for de tre indsatser. Vejledende estimationer af de tre business cases.

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
<i>Kærlighed i Kaos</i>					
Igangsatte forløb	7	7	7	7	7
Gennemførte forløb	6	6	6	6	6
Omkostninger, kr. i alt	188.679,00	188.679,00	188.679,00	188.679,00	188.679,00
<i>PMTO + ADHD-modul</i>					
Igangsatte forløb	10 ¹	30 ¹	48	48	48
Gennemførte forløb	9	27	43	43	43
Omkostninger, kr. i alt	949.059,32	1.335.784,64	1.605.376,30	1.898.608,30	1.697.374,30
<i>M-SKP-ordningen</i>					
Igangsatte forløb	15 ¹	25 ¹	30	30	30
Gennemførte forløb	14	23	27	27	27
Omkostninger, kr. i alt	1.165.353,63	1.308.589,63	1.388.589,63	1.388.589,63	1.388.589,63

Anm.: Vejledende estimationer på baggrund af de antagelser, der er oplyst i tabel 4.1.

Note: 1: PMTO og M-SKP er indsatser, der drives kommunalt. I de to første år regnes der med et nedsat antal igangsatte forløb, fordi indsatserne er i gang med at blive implementeret i kommunen, sideløbende med at behandlingen gennemføres.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Data fra en M-SKP-afprøvningskommune og Socialstyrelsen, 2015, 2016b.

PMTO er den dyreste indsats målt på totale årlige omkostninger efterfulgt af M-SKP-ordningen. KiK er væsentligt billigere. Det skyldes bl.a., at KiK benytter frivillige forældretrænere og derfor ikke har samme udgifter til arbejds løn som PMTO og M-SKP. Lønoms kostninger er, som tidligere studier har vist, den tungeste post i sociale indsatser (se fx Lindberg & Scavenius, 2017).

De væsentligt lavere årlige omkostninger ved KiK skal holdes op mod, at der også er væsentligt færre forløb pr. år end ved PMTO- og M-SKP-indsatserne. Fordi KiK beror på frivillig arbejdskraft, vil mange af de frivillige forældretrænere have et job ved siden af, og derfor er det ikke muligt at udbyde samme antal forløb som i de indsatser, hvor arbejdskraften er lønnet.

PMTO er den dyreste indsats, men er samtidig den indsats, som har den største behandlingskapacitet målt i antal forløb pr. år. Det hænger sammen med, at PMTO er en intensiv indsats, hvor hvert forløb tager ca. 23 uger. Til sammenligning antages det, at et M-SKP-forløb tager gennemsnitligt 1 år. Derfor er det ikke muligt at få lige så mange forløb igennem. Der er altså både store forskelle i antallet af forløb pr. år og i de årlige omkostninger for de tre indsatser.

4.7.2 Omkostninger pr. forløb

Tabel 4.3 viser omkostningerne opgjort pr. forløb. Omkostningerne er både opgjort pr. forløb, som igangsættes (100 pct. af forløb), og pr. forløb, der gennemføres (de 90 pct. af forløb). Vi regner med en gennemførelsesprocent på 90 pct. i alle indsatser.

Som nævnt udgør lønomkostninger generelt en stor andel af de totale omkostninger i sociale indsatser. Det ser vi også ved indsatser til unge med ADHD og ADHD-lignende udfordringer. Kolonnen med totalt omkostninger viser de samlede omkostninger, man bør regne med pr. forløb, og kolonnen længst til venstre viser, hvor meget lønomkostninger udgør af totalomkostningerne.

Tabel 4.3 Totalomkostninger og lønomkostninger pr. hhv. igangsat og gennemført forløb i de tre indsatser.

Indsats	Totalomkostninger, kr.	Heraf lønomkostninger, kr.
<i>Kærlighed i Kaos</i>		
Omkostninger pr. igangsat forløb	26.954,14	5.535,71
Omkostninger pr. gennemført forløb	29.949,05	6.456,33
<i>PMTO med ADHD-modul</i>		
Omkostninger pr. igangsat forløb	40.584,31	36.391,31
Omkostninger pr. gennemført forløb	45.093,68	40.434,79
<i>M-SKP-ordningen</i>		
Omkostninger pr. igangsat forløb	51.464,51	34.468,43
Omkostninger pr. gennemført forløb	57.182,79	38.298,26

Anm.: Vejledende estimationer på baggrund af de antagelser, der er oplyst i tabel 4.1.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Data fra en M-SKP-afprøvningskommune og Socialstyrelsen, 2015, 2016b.

Det ses af tabel 4.3, at de tre ADHD-indsatser koster mellem 26.954 kr. og 57.183 kr. pr. forløb, afhængig af, hvilken indsats, man giver, og om forløbet gennemføres.

KiK er den mindst omkostningstunge indsats, også når vi opgør omkostningerne pr. forløb. Men fordi der typisk tilbydes færre KiK-forløb end PMTO- og M-SKP-forløb pr. år, adskiller omkostningerne pr. KiK-forløb sig ikke så meget fra omkostningerne pr. forløb ved de kommunalt baserede indsatser, som man måske kunne forvente. Lønomkostningerne er væsentligt lavere for den frivillige indsats KiK (hhv. ca. 5.500-6.500 kr. pr. forløb) end de to lønnede indsatser (fra ca. 34.500 kr. og opad), men KiK bruger væsentligt flere ressourcer pr. forløb på at uddanne personale, end i de kommunalt baserede PMTO og M-SKP. Det skyldes antagelsen om, at det er nødvendigt at rekruttere og uddanne nye frivillige løbende i KiK, mens personalet i PMTO og M-SKP er fastansatte og derfor kun uddannes én gang. Derfor er forskellene i omkostningerne pr. forløb i de tre indsatser relativt mindre, end hvad man kunne have forventet ud fra de samlede årlige omkostninger i tabel 4.2.

M-SKP-indsatsen er den dyreste indsats opgjort pr. forløb. Det hænger sammen med, at det er en mere langvarig indsats end KiK og PMTO. De to sidstnævnte er intensive indsatser målrettet forældre. De varer op til ca. 23 uger. I modsætning hertil er M-SKP en støttende og rådgivende indsats målrettet den unge selv. Det anbefales, at indsatsen varer minimum 3 måneder, men langt de fleste M-SKP-forløb varer væsentligt længere. Omkostningerne i tabel 4.3 dækker over tilfælde, hvor M-SKP-indsatsen varer gennemsnitligt 1 år. Omkostningerne dækker endvidere over et scenarie, hvor støttekontaktpersonerne er lønnede. Nogle steder bruger man i stedet frivillige mentorer. Følsomhedsanalyserne viser, hvad sådanne forhold betyder for beregningerne.

For at tage højde for variationer i lønniveau, caseload (antal sager) og gennemførelsesprocent, har vi foretaget følsomhedsanalyser. Tabel 4.4 viser resultaterne ved beregning af de tre business-cases samt minimum og maksimum estimer af følsomhedsanalyserne.

Tabel 4.4 Følsomhedsanalyser for de tre indsatser. Pris pr. gennemført forløb.

	Resultat ved beregning af business casen, kr.	Minimum estimat i følsomhedsanalyse, kr.	Maximum estimat i følsomhedsanalyse, kr.
Kærlighed i Kaos	29.949,05	21.355,62	34.796,00
PMTO med ADHD-modul	45.093,68	41.419,00	55.753,35
M-SKP-ordningen	57.182,79	31.900,74	71.506,65

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Data fra en M-SKP-afprøvningskommune og Socialstyrelsen, 2015, 2016b.

For KiK har vi varieret på, hvor ofte det er nødvendigt at uddanne nye frivillige trænere (fra hvert år til hvert tredje år), og hvor stor en andel der gennemfører forløbene (fra 90 pct. til 75 pct.).

For PMTO har vi varieret på, hvor mange forløb der igangsættes under implementering, og hvor stor en del af disse der gennemføres (fra 90 pct. til 70 pct.). Vi har også varieret på lønniveau, da man nogle steder har psykologer ansat til at give PMTO i kommuner.

For M-SKP har vi varieret på antal sager og gennemførelsesprocenten (fra 90 pct. til 70 pct.). Vi har også varieret på, om det er lønnede støttekontaktpersoner eller frivillige mentorer, der giver indsatsen.

Tabel 4.4 viser, at der kan være en vis variation i omfanget af omkostninger. KiK bliver væsentligt billigere, såfremt man ikke er nødt til at uddanne nye frivillige forældretrænere hvert år. PMTO bliver væsentligt dyrere, hvis man har psykologer ansat i stedet for fx pædagoger. Omkostninger til M-SKP-indsatsen varierer ekstremt meget i vores følsomhedsanalyser. En mentor/støttekontaktpersonindsats kan både være billigere eller dyrere for en kommune at drive end PMTO. Det skyldes dels, at der er meget stor forskel på, om M-SKP-indsatsen leveres af frivillige mentorer, som ikke skal aflønnes, eller ansatte støttekontaktpersoner, som får løn på pædagogniveau. Men meget af variationen i M-SKP-estimerne kan også tilskrives, at indsatsen stadig er i afprøvning. Det betyder, at vi ikke ved, hvordan et driftsscenario vil tage sig ud, og derfor er der stor usikkerhed omkring datagrundlaget for de beregninger, vi har opstillet.

4.8 Opsummering og perspektiver på omkostningsanalysen

4.8.1 Bruttoomkostninger ved forløb

Hver gang, man igangsætter et forløb for at forebygge eller behandle ADHD, skal man påregne en udgift. Udgiftens størrelse afhænger af, hvilken indsats, man tilbyder familien eller den unge, da de indsatser, vi evaluerer, er væsentligt forskellige. Kærlighed i Kaos er forældretræning i grupper, PMTO er individuel familierapi, og Mentor-Støttekontaktpersonsordningen giver den unge et individuelt støtteforløb. Tidshorizonten og intensiteten er som nævnt også meget varierende. Omkostningerne pr. igangsat forløb for de tre indsatser er et engangsbeløb på ca.:

- Kærlighed i Kaos: ca. 30.000 kr.
- PMTO med ADHD-modul: ca. 45.000 kr.
- M-SKP-ordningen: ca. 58.000 kr.

Fordi der er forskel på, hvor omkostningstunge de tre indsatser er, anbefales det, at omkostningerne ved de enkelte indsatser holdes op imod, hvilken målgruppe, man arbejder med, og hvilket udbytte, som man forventer, at den målgruppe vil have af de forskellige indsatser. Hvilken indsats, der vil være den bedste investering, afhænger nemlig af, hvilken målgruppe, man arbejder med. Nedenfor gennemgås centrale målgruppekarakteristika, som har indflydelse på, hvilken indsats der vil være en fornuftig investering.

4.8.2 Målgruppekarakteristika med betydning for investeringen

Målgruppens størrelse og alderssammensætning har stor betydning for, hvilken indsats, som vil være en god investering. Det har familiekarakteristika også, fordi forældremålrettede indsatser som KiK og PMTO er særligt velegnede til nogle familietyper og mindre velegnede til andre.

4.8.2.1 Målgruppens størrelse

Målgruppens størrelse er en væsentlig faktor. Har man fx et større antal behandlingskrævende børn og unge i kommunen, kan det være favorabelt at vælge en indsats, som kan have en stor caseload (et stort antal forløb i gang), som fx PMTO. Data i denne omkostningsvurdering viser, at kommunalt forankrede tilbud har mulighed for at behandle et væsentligt større antal børn og unge pr. år end frivilligt baserede tilbud. Det skyldes bl.a., at man ikke er afhængig af frivillig arbejdskraft, men kan ansætte og uddanne det antal behandlere, der er behov for i forhold til at imødekomme målgruppens størrelse og behov. Ved kommunalt forankrede indsatser er der en høj grad af forudsigelighed i, hvor mange unge og familier, kommunen kan hjælpe. Det er fordel ved indsatser som PMTO og M-SKP.

4.8.2.2 Alderssammensætning

Målgruppens sammensætning i den konkrete kommune, herunder alderssammensætningen, har også betydning for, hvilken indsats der vil være den bedste investering. Forældretræningskurser kan især være gode til familier med børn og unge i den yngre del af målgruppen, mens en mentor/støttekontaktperson kan være af større nytte for den lidt ældre del af målgruppen. Barnet eller den unge deltager typisk ikke selv i forældretræningsforløb, og derfor vil den ældre del af målgruppen, som er mere løsrevne fra forældre end mindre børn, ofte have glæde af en indsats, der retter sig mere direkte mod dem selv.

4.8.2.3 Forældrenes ressourceniveau

Forældretræning forudsætter, at barnet eller den unge har forældre, som er villige til at deltage i behandling og er modtagelige over for behandling. Det kræver altså en vis grad af ressourcer i familien, herunder både tidsmæssige ressourcer til stabilt fremmøde og hjemmeopgaver og mentale ressourcer til at tage imod behandling. I tilfælde, hvor der ikke er behandlingsparate forældre i familien (fx på grund af psykisk sygdom), vil et forældretræningskursus ikke være en fornuftig investering.

4.8.2.4 Familiesammensætning

Familiens sammensætning kan også med fordel tages med i betragtning. Forældretræningsindsatser som KiK og PMTO kan nemlig være en særlig god investering til familier, hvor der er mere end ét hjemmeboende barn eller ung. Det skyldes, at de færdigheder, som forældrene lærer, også kan bringes i anvendelse i forhold til eventuelle søskende. Omkostningsberegningen her har ikke taget højde for sådanne afsmittende effekter.

4.8.3 Socialt og økonomisk rentable indsatser

Engangsomkostningerne ved alle tre former for tidlig støtte skal holdes op imod, at ubehandlet ADHD koster det danske samfund ca. 118.000 kr. hvert år for hver person, der bliver voksen uden at få støtte eller behandling til sin ADHD (Daley m.fl., 2015). De 118.000 kr. årligt dækker over tabte skatteindtægter, uddannelsesomkostninger, kriminalitet, sociale ydelser og sundhedsydelser, og dertil kommer alle de omkostninger, som er svære at prissætte, fx tabt livskvalitet. Personer med ubehandlet ADHD kan desuden se frem til en lavere indkomst end befolkningen generelt (Daley m.fl., 2015). Både de personlige og samfundsmæssige omkostninger ved ubehandlet ADHD er altså store. Derfor ser forebyggelse og behandling af ADHD og ADHD-lignende problemstillinger ud til at være en fornuftig samfundsmæssig investering. Forskningen peger på, at det både er socialt og økonomisk rentabelt.

5 Opsamling og diskussion

I denne rapport har vi evalueret tre projekter i Socialstyrelsens forældreprogram: "Kærlighed i Kaos" (KiK), "Parent Management Training Oregon" (PMTO) og mentor- og støttekontaktpersonsordninger (M-SKP). I evalueringen har vi undersøgt indsatsernes implementering, deltagernes udvikling og udbydernes omkostninger. Indsatterne forløb i perioden maj 2016 til november 2017 og blev afviklet af hhv. ADHD-foreningen, som stod for KiK-kurserne: Aarhus, Herning, Holstebro, Furesø og Skive Kommune, som afprøvede PMTO, og Faaborg-Midtfyn, Odsherred og Næstved Kommune, som udviklede og afprøvede M-SKP.

I dette afsnit opsummeres hovedkonklusionerne i de tre devalueringer for hver af de tre indsatter. Først præsenteres hovedkonklusionerne i implementeringsevalueringen, derefter præsenteres udviklingsevalueringen og afslutningsvist opsummeres omkostningsevalueringen. Vi præsenterer desuden analysens begrænsninger og fokuspunkter for det videre arbejde med indsatterne. Afslutningsvist uddybes det, hvordan indsatterne supplerer hinanden i den kommunale tilbudsvifte til børn og unge med ADHD.

5.1 Implementering

Formålet med implementeringsevalueringen har været at indsamle anvendelsesorienteret viden, som efterfølgende kan støtte udbredelsen og implementeringen af indsatterne i andre kommuner og organisationer. Implementeringsevalueringen tog udgangspunkt i Fixsens m.fl. (2005) implementeringstrekant og fokuserede på den organisatoriske og ledelsesmæssige understøttelse og på den kompetenceopbygning, ADHD-foreningen og kommunerne bidrog med for hver af de tre indsatter. Under afsnittet om organisatorisk og ledelsesmæssig understøttelse afdækkede evalueringen følgende temaer: motivation og ejerskab, og forberedelse og løbende tilpasning af organisationen. Under afsnittet om kompetenceopbygning afdækkede evalueringen rekruttering og uddannelse. Afslutningsvist så implementeringsevalueringen på arbejdet med indsatterne i praksis. Herunder fokuserede evalueringen på visitation og rekruttering samt brugen af metoder og materialer i praksis.

Implementeringen forløb forskelligt på tværs af de tre indsatter og blev gennemført med forskellige grader af succes. Mens KiK og PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd opnåede en høj grad af implementering, er der stadig en del udfordringer forbundet med implementeringen af M-SKP. Det skal her understreges, at M-SKP er en ny indsats, mens KiK er en gennemprøvet model, og PMTO eksisterer i kommunerne i forvejen. M-SKP var således under udarbejdelse og afprøvning i undersøgelsesperioden, og det ses afspejlet i implementeringsevalueringen.

5.1.1 Metodisk tilgang

Implementeringsevalueringen bygger på interview med ledere og behandlere for hver af de tre indsatter. For at øge sandsynligheden for deltagelse blev interviewene gennemført som telefoninterview. Pga. rekrutteringsproblemer for M-SKP-indsatsen supplerede vi datamaterialet med viden fra et erfaringsopsamlingsseminar, som blev afholdt for kommunerne af Implement og SUS. Vi interviewede desuden Implement og SUS om deres oplevelser af implementeringen af M-SKP som supplement til M-SKP-kommunernes eget perspektiv.

5.1.2 KiK

KiK er i høj grad lykkedes med en succesfuld implementering. ADHD-foreningen har formået at skabe god ledelsesmæssig og organisatorisk understøttelse for KiK-forløbene. Samarbejdet med kursusstederne og kommunerne er forløbet godt, og trænerne oplever, at der er sørget for alle de praktiske omstændigheder omkring kurserne, så de blot skal tænke på at gennemføre undervisningen. Trænerne oplever også, at manualen og kursusmaterialet er let at gå til, og anvender det loyalt i undervisningen. ADHD-foreningen har fået sikret en høj grad af motivation og ejerskab blandt trænerne, som oplever, at indsatsen er meningsfuld, og at den resulterer i den ønskede effekt. I forhold til at sikre kompetenceopbygning og understøttelse gør ADHD-foreningen meget ud af at rekruttere de rette personer som trænere og sørge for et godt match mellem trænerparrene. Samtlige trænere har gennemgået en fælles træneruddannelse og oplever at være klædt godt på til at skulle gennemføre KiK-kurset i praksis. I forhold til arbejdet med indsatsen i praksis viser evalueringen, at forældrenes motivation, ligesom trænernes, er høj og stiger, i takt med at de deltager i flere kursusgange.

Endelig viser implementeringsanalysen et udviklingspotentiale i forhold til rekrutteringen af deltagere på KiK-kurserne. Der er muligvis potentiale for at få fat i en bredere målgruppe, hvis ADHD-foreningen samarbejder endnu tættere med kommunerne om rekrutteringen i fremtiden. De rette medarbejdere i kommunen kan hjælpe med at opspore familier, som kunne være interesserede i at deltage på et KiK-kursus, men som ikke er bekendt med tilbuddet fra enten medlemskab af foreningen, gennem Facebook, nyhedsmails, annoncering eller lignende. Det vil formentlig særligt være mindre ressourcestærke familier, som ikke selv er så opsøgende i forhold til tilbud og derfor kan have glæde af, at kommunen guider dem på vej.

5.1.3 PMTO

I PMTO er man kommet langt i implementeringen. PMTO til børn og unge med ADHD eller ADHD-lignende adfærd har ikke konkurreret med andre lignende tilbud i kommunen, og det har været muligt at få nok unge med i projektet. I forhold til organisatorisk og ledelsesmæssig understøttelse har det ikke været nødvendigt at foretage større ændringer i den eksisterende organisatoriske struktur, da kommunerne allerede arbejdede med PMTO inden tilføjelsen af det ekstra ADHD-modul og udvidelsen af målgruppen aldersmæssigt. Terapeuterne har været meget motiverede for at arbejde med den udvidede PMTO-indsats, men har i nogle tilfælde savnet ledelsesmæssig opbakning. Ledelsen har i mindre grad haft fokus på indsatsen og har i praksis overladt implementeringen til terapeuterne.

I forhold til at sikre kompetenceopbygning og understøttelse har VIA stået for uddannelsen af terapeuterne, som var glade for uddannelsesforløbet og føler sig klædt på til at arbejde med indsatsen i praksis. Flere nævner, at erfaring og flere forløb vil gøre dem trygkere i forhold til at bruge PMTO til de ældre børn. Alle terapeuterne er rekrutteret internt og har tidligere erfaring med at arbejde med PMTO. Intern rekruttering har den fordel, at der ikke skal bruges tid på en rekrutteringsproces, samtidig med at ledelsen kender til medarbejderes kompetencer. Terapeuterne fortæller, at den udvidede PMTO-indsats særligt giver dem redskaber til at arbejde med de lidt ældre børn, og at børn med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder allerede rummes fint i den traditionelle PMTO-indsats. Endelig viser evalueringen af arbejdet med indsatsen i praksis, at det kan være en fordel, hvis udførerdelen og visitationen er placeret under samme tag, da det gør det lettere at sørge for, at de rette medarbejdere har den nødvendige information om projektet.

5.1.4 M-SKP

Der har været en række udfordringer forbundet med implementeringen af M-SKP, som er en ny indsats, der stadig var under udvikling i evalueringsperioden. I forhold til organisatorisk og ledelsesmæssig understøttelse har det ikke været en udfordring at fastholde mentorer og kontaktpersoner i projektet. Men nogle steder har det været svært at opretholde motivationen blandt dem. Det kan bl.a. skyldes, at medarbejderne har svært ved at se forskellen på M-SKP-modellen og det arbejde, de allerede udfører som mentor/kontaktperson. Derfor kan det være svært for medarbejderne at se metoden som meningsfuld. Problemet med at skelne mellem modellerne kan bl.a. skyldes, at de kommuner, som er med til at afprøve modellen, også har været med til at udvikle den på baggrund af egne erfaringer. M-SKP bygger altså på meget af det, som kommunerne allerede gør.

Metodeleverandørerne oplevede desuden manglende fokus fra ledelsen, fordi projektet udgør en meget lille del af kommunernes arbejde. Den manglende ledelsesopbakning har haft konsekvenser for arbejdet med modellen på tværs af forvaltninger og afdelinger. Det gælder særligt socialområdet (børne- og ungeområdet) og beskæftigelsesområdet, som lovgivningsmæssigt ikke er lige kompatible med anbefalingerne i modellen.

Analysen indikerer overordnet, at M-SKP-modellen bærer præg af at ville favne for bredt. Både når det kommer til målgruppen, når det kommer til typen af mentorers/kontaktpersoners ansættelse og i forhold til ønsket om at arbejde på tværs af forvaltninger/afdelinger. Modellen er baseret på en række overordnede anbefalinger og kan ikke betragtes som en manual til, hvordan der skal arbejdes i praksis. Derfor ligger der en tidskrævende proces for kommunerne i at skulle udvikle procedurer, som passer til den enkelte kommunes organisering. Det betyder, at en stor del af tiden i projektet er blevet brugt på at forberede sig på en egentlig implementering, hvilket har forhalet selve afprøvningen af modellen i praksis. Formålet var dog også at få afprøvet en model, som derfor ikke er færdigudviklet. De erfaringer, kommunerne har gjort sig, kan bruges i det videre arbejde med modellen, der fx kan arbejde på at konkretisere modellens anbefalinger.

5.2 Deltagernes udvikling

Formålet med evalueringen af deltagernes udvikling har overordnet været at afdække, hvordan deltagerne oplever kurserne, og om der sker ændringer i deltagernes adfærd og kompetencer i perioden mellem kursernes opstart og afslutning. Vi har evalueret deltagernes udvikling for hver af de tre indsatser hen over indsatsforløbene. Evalueringen af KiK bygger på interview og spørgeskemabesvarelser fra forældre. Vi har brugt datamaterialet til at analysere udviklingen i forældrenes vurdering af barnets adfærd og i forældrenes vurdering af egne forældrekompetencer. Evalueringen af PMTO bygger på interview med forældre og spørgeskemabesvarelser fra unge og forældre. Dette datamateriale bruger vi til at analysere udviklingen i forældrenes, børnenes og de unges vurdering af børnenes og de unges adfærd. Evalueringen af M-SKP bygger på interview og spørgeskemabesvarelser fra unge. På den baggrund har vi analyseret udviklingen i de unges adfærd.

5.2.1 Metodisk tilgang

For at afdække forældrenes og de unges perspektiv på kurserne og på deres udvikling har vi foretaget interview med 11 forældre, som har deltaget i enten et KiK- eller PMTO-forløb, og med 2 unge, som har deltaget i M-SKP. For at gøre interviewets fokus på virkning konkret for de unge, blev interviewguiden til ungeinterviewene udformet med afsæt i en række visuelle elementer og svarskalaer fra 0-10. Forældreinterviewene foregik over telefon for at gøre det nemmere for interviewpersonen at deltage og varede mellem 45-60 minutter. Vi har yderligere indsamlet spørge-

skemadata med hjælp fra udbyderne af indsatserne (ADHD-foreningen og de deltagende kommuner). Spørgeskemaerne indsamler viden om de unges adfærd og forældrekompetencer. Før kursernes opstart og efter kursernes afslutning udfyldte forældrene og de unge i KiK, PMTO og M-SKP spørgeskemaer, der afdækkede børnenes adfærd (målt ved SDQ). I KiK besvarede forældrene desuden spørgsmål om forældrekompetencer (målt ved PSOC og PS). På denne måde har vi kunnet dokumentere, om der sker ændringer i børnenes adfærd og forældrenes forældrekompetencer hen over kursusforløbene.

I analysen af SDQ-scorerne bruger vi *normalområdet* for SDQ-scoring som sammenligningsgrundlag. *Normalområdet* er defineret ved grænsen mellem de 80 pct. børn og unge med få eller ingen adfærdsvanskeligheder og de 20 pct. børn og unge med flest vanskeligheder. Normalscoren varierer pr. definition ift., om det er en forælder eller den unge selv, der besvarer SDQ-skemaet, og om besvarelsen beskriver en drengs eller en piges adfærd. Fordi udviklingen i KiK og PMTO indeholder besvarelser fra både forældre og unge og ser på både drenge og piger, vægter vi grænsen til normalområdet, så den bygger på den fordeling af besvarelser, der svarer til respondenterne i hhv. KiK og PMTO.

5.2.2 Karakteristika ved deltagerne

I forhold til de baggrundskarakteristika, vi har indsamlet om deltagerne i KiK og PMTO, ligner forældrene overordnet den danske befolkning, men der er enkelte forskelle mellem de to indsatser. Forældrene i KiK er lidt bedre uddannede end gennemsnittet for den tilsvarende danske befolkningsgruppe, mens forældrene i PMTO ligger lige under gennemsnittet. 1 ud af 5 forældre i KiK er ikke i beskæftigelse, hvilket svarer til den gennemsnitlige erhvervsfrekvens i den danske befolkning, mens det tilsvarende tal er 1 ud af 4 for forældrene i PMTO. Forældrene i KiK fremstår dermed en anelse mere ressourcestærke end forældrene i PMTO. Børnene i KiK er mellem 3 og 9 år gamle, mens de er mellem 7 og 17 år gamle i PMTO. I M-SKP er alle respondenter mellem 14 og 24 år gamle. 2 er drenge, og 6 er piger.

I interviewene fortæller forældrene om en hverdag inden kurserne, som var præget af konflikter, voldsom adfærd og skældud. Det indebar samtidig manglende overskud til de andre børn i familien. Dette billede genfindes i spørgeskemadataene. Inden kurserne, ved baselinemålingen, vurderede forældrene i KiK og PMTO, meget naturligt, deres barns adfærdsproblemer (SDQ) højere end gennemsnitsforældre (norm-scoren). Forældrene har meldt sig til kurserne eller er blevet visiteret, fordi de mangler redskaber til at håndtere barnets adfærd. Forældrebesvarelserne og besvarelserne fra de unge tegner et entydigt billede på tværs af de tre indsatser inden kursernes opstart, hvor børnene og de unge ligger uden for normalområdet på SDQ-scorerne. Det varierer dog, hvor langt scorerne ligger uden for normalområdet på tværs af indsatserne. Børnene i KiK scorer i gennemsnit 21,57 på den totale problemscore (SDQ) ved baselinemålingen (normscoren er 14,3), mens tallet er 18,25 for M-SKP (normscore 15,3) og 17,15 for PMTO (normscore 13,6). Ift. normscoren ligger KiK-børnene blandt de 5 pct. højeste scorerer inden kursernes opstart, mens de unge i M-SKP ligger blandt de 10 pct. højeste scorerer, og børnene og de unge i PMTO ligger blandt de 20 pct. højeste scorerer.

Samlet set har børnene i KiK dermed de mest ressourcestærke forældre og den højeste problemscore før kursernes opstart, mens børn og unge i PMTO scorer lavere på den samlede problemscore og har forældre med et lidt lavere uddannelses- og beskæftigelsesniveau. Sammenligner vi disse deltagerkarakteristika med tidligere undersøgelser af KiK og PMTO, ser vi, at KiK-forældrene i denne undersøgelse ligner forældrene fra andre KiK-forløb. Blandt KiK-forældrene i et randomiseret felteksperiment fra 2013 (Chacko & Scavenius, 2017) var de fleste deltagere kvinder, lige-

som i denne undersøgelse. I felteksperimentet lå KiK-forældrenes beskæftigelsesniveau omkring befolkningsgennemsnittet, mens deres uddannelsesniveau var lidt højere end befolkningsgennemsnittet (Chacko & Scavenius, 2017). Det samme gælder som nævnt beskæftigelses- og uddannelsesniveaet for KiK-forældrene i denne undersøgelse. KiK-børnene i denne undersøgelse ligner også børnene i tidligere KiK-indsatser. I felteksperimentet fra 2013 blev børnenes adfærdsvanskeligheder målt ved HSQ (Home Situation Questionnaire) i stedet for SDQ. Begge instrumenter måler dog børnenes adfærdsvanskeligheder, og hvis man sammenligner HSQ- og SDQ-scorene for KiK-børnene inden kursernes opstart, scorede 93 pct. af børnene over det kliniske cut-off point i felteksperimentet, mens 92 pct. af børnene lå uden for normalområdet i denne undersøgelse (Chacko & Scavenius, 2017). Omfanget af KiK-børnenes adfærdsvanskeligheder i denne undersøgelse svarer dermed til omfanget af adfærdsvanskeligheder blandt KiK-børn i tidligere studier ved kursernes opstart.

PMTO-forældrene i denne undersøgelse ligner også PMTO-forældre i andre undersøgelser. I et randomiseret kontrolleret forsøg af PMTO-indsatsen, der fandt sted i 2012-2017 (Scavenius m.fl., 2017) var en overvægt af deltagerne kvinder, ligesom i denne undersøgelse. PMTO-forældrene i det randomiserede forsøg havde desuden et lavere uddannelses- og beskæftigelsesniveau end normalbefolkningen (Lindberg & Scavenius, 2018; Scavenius m.fl., 2017). I denne undersøgelse ligger forældrenes uddannelsesniveau lige under befolkningsgennemsnittet, og beskæftigelsesniveauet er lavere end i normalbefolkningen. Det lavere ressourceniveau blandt PMTO-forældrene går dermed igen på tværs af undersøgelserne. PMTO-børnene i denne undersøgelse ligner, med enkelte forbehold, også børnene i tidligere PMTO-indsatser. Børnene i det randomiserede forsøg er lidt yngre end børnene og de unge i denne undersøgelse (4-12 år), og i det randomiserede forsøg scorer de endnu højere på den samlede problemscore (SDQ) inden PMTO-kursernes opstart (Lindberg & Scavenius, 2018). PMTO-børnene på tværs af de to undersøgelser er således fælles om deres placering uden for normalområdet, men hvor PMTO-børnene i denne undersøgelse scorer 17,15 på den samlede problemscore (SDQ), scorer børnene i det randomiserede forsøg 19. Set i relation til tidligere undersøgelser af PMTO har PMTO-børnene i denne undersøgelse dermed lidt færre adfærdsvanskeligheder ved kursernes opstart.

Afslutningsvist fremhæver nogle forældre, at de i tiden inden kursernes opstart havde svært ved at finde information om relevante indsatser til familier med børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder, før de fandt frem til KiK- eller PMTO-kurserne. I det følgende præsenteres udviklingen hen over indsatsforløbene.

5.2.3 Udvikling i adfærd og kompetencer i KiK og PMTO

Interviewene med forældre i KiK og PMTO viste bl.a., hvilke redskaber og elementer fra kurserne, forældrene fandt brugbare, og hvad forløbene, ifølge forældrene, betød for børnenes trivsel og adfærd. Forældrene oplevede overordnet, at redskaberne var vigtige og anvendelige i hverdagen. Nogle forældre fortæller, at de har indført faste morgen- og aftenrutiner, ugeskemaer, piktogrammer eller belønningsskemaer. Det har påvirket barnet positivt og ført til mindre konflikt og færre frustrationer i familien. For det andet fremhæver forældrene, at de efter kurset skælder mindre ud og i stedet roser barnet mere. Nogle fortæller, at den øgede ros har givet barnet et bedre selvværd og mere selvtillid.

Interviewene har også fokuseret på forælderrollen. Her fortæller forældrene, at de oplevede forbedringer i forhold til deres rolle som forældre, og det påvirkede ifølge dem også familien og barnet, som i mindre grad presses ud i situationer, der ender i konflikt og udadreagerende adfærd. Forældrene fremhæver fx, at de er blevet bedre til at være på forkant med forskellige situationer, at

de har fået en anden ro og tålmodighed i interaktionen med barnet, og at de har fået en ændret forståelse af barnets udfordringer. Derudover blev samarbejdet mellem forældrene fremhævet som en styrke ved forløbene, da forældrene har kunnet bakke hinanden op i at bruge redskaberne.

Enkelte forældre fortæller dog, at det kan være svært at fastholde strukturen, den afslappede tilgang og det positive blik i en travl hverdag, og at det derfor fortsat er noget, forældrene er i gang med at tillære sig. Derudover oplever enkelte familier fortsat udfordringer i forhold til søskenderelationen. Endelig fortæller forældrene om blandede erfaringer i forhold til indsatsernes betydning for barnets hverdagsliv i skolen. Interviewene peger dog på, at det kan have en positiv betydning for barnets adfærd, når der er overensstemmelse mellem nogle af de redskaber (fx piktogrammer eller pauser), som anvendes i skolen og i hjemmet, så der skabes en rød tråd og forudsigelighed for barnet. Nogle skoler har arbejdet med disse redskaber inden kursernes opstart, nogle er begyndt, efter at forældrene eller PMTO-terapeuten har henvendt sig til skolen, og nogle skoler har givet udtryk for, at de ikke har ressourcerne til det. For de familier, som deltager i KiK, udsender ADHD-foreningen materiale til barnets skole for at underbygge overensstemmelse i de redskaber, som forældrene lærer på kurset, og som skolen bringer i anvendelse. Det nævnes ikke i interview, men ADHD-foreningen oplyser, at de har fået god feedback på materialet.

Den udvikling, som interviewene dokumenterer for børnenes adfærd og for forældrekompetencer, kan også ses i de kvantitative analyser af børnenes udvikling på SDQ og forældrenes udvikling på PSOC og PS. For både KiK og PMTO viser analyserne overordnet signifikante ændringer i SDQ-scorene. Den samlede problemscore (SDQ) mindskes over kursusforløbet for børnene i KiK, og det samme gælder for børnene og de unge i PMTO. Forældrene og de unge vurderer altså børnenes og de unges adfærd mere positivt efter kurserne, end de gjorde inden kursernes opstart.

Det er forskelligt på tværs af indsatserne, hvad ændringerne i SDQ-scorene betyder for børnenes placering i forhold til normalområdet. Ændringerne i KiK betyder, at børnene rykker sig tættere på normalområdet mellem opstarten og afslutningen af kurserne på alle underkategorierne, uden at de krydser grænsen til normalområdet (med undtagelse af *adfærdsproblemer*, som ikke længere ligger uden for normalområdet ved kursernes afslutning). I PMTO betyder ændringerne, at børnene går fra at ligge uden for normalområdet til at ligge inden for normalområdet på samtlige underkategorier. Disse forskelle skal ses i lyset af, at børnene i KiK gennemsnitligt starter med en højere problemscore end børnene og de unge i PMTO, og at der derfor er længere ned til normalområdet for børnene i KiK.

De ændringer, som interviewene afdækkede i forhold til forælderrollen, genfindes også i de kvantitative analyser, hvor vi ser på udviklingen i PSOC- og PS-scorene. Vi har kun haft PSOC- og PS-scorer for deltagerne i KiK. Der er en signifikant stigning i forældrenes gennemsnitlige scorer på underkategorien *mestringsevne (PSOC)* mellem kursernes opstart og afslutning. Forældrene vurderer altså deres evne til at problemløse og deres tro på egne kompetencer bedre efter kurserne i forhold til før kursernes opstart. Der er ligeledes et signifikant fald i scoren på underkategorien *overreagerer*. Forældrene vurderer dermed deres opdragelsesstil som mindre hård eller overreagerende efter kurserne i forhold til før kursernes opstart.

5.2.4 Udvikling i adfærd i M-SKP

Udviklingen for deltagerne i M-SKP er blevet afdækket kvalitativt. Vi har interviewet to unge: en dreng og en pige i deres første teenageår. Begge har været glade for deres mentorer og har oplevet, at mentoren fx kunne hjælpe med råd om håndtering af konflikter. Det har medført mindre konflikt med både forældre og søskende og bedre familierelationer. Efter at have fået en mentor har begge unge oplevet en positiv udvikling i forhold til deres skolegang. Den ene har med mento-

rens hjælp fået genetableret en tilknytning til skolen, mens den anden er begyndt at arbejde med konkrete mål for at nedbringe sit fravær.

Overordnet viser både interviewene og spørgeskemaundersøgelsen altså et positivt billede af deltagerens udvikling hen over forløbene på tværs af de tre indsatser.

5.3 Omkostninger

De udviklinger, vi ser i deltagerens udvikling, skal sammenholdes med omkostningerne ved indsatserne. Omkostningerne pr. gennemført forløb for de tre indsatser er et engangsbeløb på mellem ca. 30.000 og ca. 58.000 kr., alt efter om indsatsen er forældretræning i grupper (KiK), forældretræning til den individuelle familie (PMTO) eller en mentor-støttekontaktpersonsordning til den unge (M-SKP). KiK er den mindst omkostningstunge indsats, mens M-SKP er den mest omkostningstunge. PMTO placerer sig midt imellem de to. KiK er billigere, fordi indsatsen er frivillig og derfor har væsentligt lavere lønomkostninger end PMTO og M-SKP. M-SKP er derimod dyrere, fordi indsatsen er mere langvarig end de to andre indsatser. Fordi KiK beror på frivillig arbejdskraft, er indsatsen afhængig af, at ADHD-foreningen kan rekruttere nok frivillige trænere i, eller i nærheden af, kommunen. Det kan påvirke antallet af forløb, der kan afholdes. Med PMTO kan kommunen selv ansætte og uddanne terapeuter, hvilket kan give en større forudsigelighed i, hvor mange familier og unge kommunen kan hjælpe. Der kan dermed både være forskel i antallet af forløb pr. år og i de årlige omkostninger på tværs af de tre indsatser.

Omkostninger ved at drive de tre indsatser skal holdes op imod forventede omkostninger ved ubehandlet ADHD, der for hver person og for hvert år vurderes at koste det danske samfund gennemsnitligt 118.000 kr., som følge af tabte skatteindtægter, uddannelsesomkostninger, kriminalitet, sociale ydelser og sundhedsydelser (Daley m.fl., 2015). Dertil kommer alle de ting, som er svære at prissætte, eksempelvis reduceret livskvalitet.

5.4 Begrænsninger

5.4.1 Datagrundlag

Der er en række begrænsninger ved denne undersøgelse, som er relevante for tolkningen af resultaterne. På grund af problemer med implementering af M-SKP i kommunerne har vi haft færre data på denne indsats, og det har påvirket både implementerings-, udviklings-, og omkostningsevalueringen. I implementeringsanalysen har vi kun i begrænset omfang kunnet belyse arbejdet med M-SKP fra kommunernes perspektiv. Vi har haft kontakt til én leder og én mentor fra én kommune. Vi har derfor suppleret dette data med viden fra et erfaringsopsamlingsseminar, som Implement og SUS afholdt for deltagerkommunerne. Derudover har vi interviewet metodeleverandørerne, som supplerer kommunernes perspektiv med deres perspektiv på implementeringen af M-SKP.

I forhold til udviklingsevalueringen har den manglende implementering af M-SKP medført, at der er startet meget få mentorforløb op. Vi har derfor kun få data om de unges adfærd, og de er alle indsamlet før indsatsens opstart. På den baggrund har vi kunnet lave en baselinemåling, men det har ikke været muligt at afdække, om der er sket ændringer i de unges adfærd hen over indsatsens forløb.

Da M-SKP var i udvikling og stadig under afprøvning i løbet af evalueringsperioden, betyder det også, at omkostningsevalueringen bygger på antagelser om, hvordan drift af ordningen vil tegne sig. Der er derfor større usikkerhed forbundet med omkostningsevalueringen af M-SKP end af KiK

og PMTO. Følsomhedsanalyserne i omkostningsevalueringen viser desuden stor variation i særligt M-SKP-estimatene. I omkostningsevalueringen skal der derfor tages forbehold for, at indsatsen stadig er i afprøvning.

Endelig har vi haft færre respondenter i evalueringen af PMTO end i evalueringen af KiK. De ændringer, vi ser i bl.a. SDQ-scorene for PMTO, bygger derfor på færre data og er behæftet med større usikkerhed.

5.4.2 Kontrolgrupper

I en ideel evaluering af indsatserne ville vi kunne beregne effekter af indsatserne på børnenes og de unges adfærd og på forældrekompetencer. Men denne evaluering har ikke haft mulighed for at benytte kontrolgrupper, og de estimater, vi kan beregne for ændringer i SDQ-, PSOC-, og PS-scorene, skal derfor tolkes som ændringer over tid og ikke som effekter. Det skyldes, at vi med dette design ikke har mulighed for at vurdere, hvad der ville være sket med deltagerne, hvis de ikke havde modtaget indsatsen. Man kan dermed ikke skelne mellem deltagerens naturlige udvikling og den udvikling, som skyldes indsatsen. Vi kan imidlertid kvalificere resultaterne ved at sammenligne med de kvalitative interview og andre effektstudier af KiK og PMTO.

Når man sammenholder udviklingen i børnenes adfærd med andre studier af KiK og PMTO ser vi, at udviklingerne svarer til hinanden. Det randomiserede felteksperiment af KiK fra 2013 finder en signifikant effekt på børnenes adfærd mellem KiK-kursernes opstart og afslutning i forhold til en kontrolgruppe. Effekten på KiK-børnenes adfærd i felteksperimentet er 0,36 målt ved Cohens d (HSQ) (Chacko & Scavenius, 2017). Til sammenligning er ændringen for KiK-børnene i denne undersøgelse 0,51 målt ved Cohens d (SDQ). Det randomiserede forsøg, der undersøgte effekten af PMTO i perioden 2012-2017, finder også en signifikant effekt på børnenes adfærd mellem opstart og afslutning af PMTO-kurserne i forhold til en kontrolgruppe. Effekten er 0,62 målt ved Cohens d (SDQ) (Scavenius m.fl., 2017). Til sammenligning er ændringen for PMTO-børnene i denne undersøgelse 0,95 målt ved Cohens d (SDQ).

Endeligt svarer udviklingen i forældrekompetencer i denne undersøgelse også til effekten i andre studier. I felteksperimentet fra 2013 er ændringerne i forældrekompetencer (PS og PSOC) signifikante i størrelsesordenen Cohens $d = 0,68$ for samlet problemscore (PS) og Cohens $d = 0,65$ for *mestringsevne* (PSOC) (Chacko & Scavenius, 2017). Ændringerne i denne undersøgelse er til sammenligning Cohens $d = 1,04$ for *overreagerer* (PS) og Cohens $d = 0,68$ for *mestringsevne* (PSOC).

De udviklinger, denne undersøgelse finder i børnenes adfærd og i forældrekompetencer i KiK og PMTO, genfindes dermed i andre studier med kontrolgrupper. Det tyder på, at de udviklinger, vi ser over tid, ikke er væsentligt forskellige fra effekterne af kurserne, selvom dette studie ikke har kontrolgrupper. Som nævnt underbygger interviewene også billedet af, at indsatserne og deres redskaber har været relevante og brugbare for forældrene. Børnenes trivsel og adfærd er ifølge forældrene bedre, og forældrene er blevet styrket i forældrerollen.

5.4.3 Systematisk tilvalg og frafald

Der kan desuden være en systematik i, hvilke forældre der har valgt at deltage i undersøgelsen og har svaret på begge spørgeskemaer. Ændringerne i børnenes adfærd og forældrekompetencer beregnes på baggrund af de deltagere, der svarer begge gange. Man kunne forestille sig, at de forældre, der gennemfører kurserne og bruger tid på at udfylde to spørgeskemaer, er mere ressourcestærke end andre forældre i målgruppen, og at disse forældre kan have lettere ved at tileg-

ne sig de værktøjer, kurserne tilbyder. Hvis det er tilfældet, har vi i denne undersøgelse beregnet en øvre grænse for de ændringer, der finder sted over kursusforløbene. Omvendt kræver deltagelse på disse kurser et vist minimum af ressourcer fra forældrenes side, da det er påkrævet, at forældrene deltager aktivt henover hele kursusforløbet. Sådanne kurser er derfor mindre velegnede for de allermest ressourcetsvage forældre.

5.5 Afrunding

Forskningsoversigter har vist, at mindst 5 pct. af – eller ca. 3.000 børn i – en børneårgang kan have ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder. Hvert år koster ubehandlet ADHD det danske samfund 118.000 kr. i gennemsnit pr. person, som følge af tabte skatteindtægter, uddannelsesomkostninger, kriminalitet, sociale ydelser og sundhedsydelse (Daley m.fl., 2015). Dertil kommer alle de ting, som er svære at prissætte, eksempelvis reduceret livskvalitet. Samlet set peger forskningen på, at det er både socialt og økonomisk rentabelt at yde mestringsstøtte til unge og familier, der er berørt af ADHD eller ADHD-lignende problemstillinger, fordi investering i tidlig støtte kan afhjælpe store årlige udgifter på sigt.

Overordnet viser denne undersøgelse positive udviklinger i børnenes og de unges adfærd og forældrekompetencer på tværs af de tre indsatser. Men implementeringen og omkostningerne varierer mellem indsatserne. Implementeringsevalueringen af M-SKP viser, at der har været en del udfordringer forbundet med at få denne indsats op at køre, men interviewene peger på positive udviklinger for deltagerne. M-SKP er den dyreste af de tre indsatser. Formålet har dog også været at få afprøvet en model, som endnu ikke er færdigudviklet, og indsatsen tilbydes til en ældre målgruppe, som kan være sværere at behandle. KiK klarer sig godt på tværs af de tre devalueringer med en gennemprøvet implementeringsprocedure, positive udviklinger for deltagerne og lavere omkostninger end de to andre indsatser. PMTO er også nået langt med implementeringen. Der er ligeledes positive udviklinger for deltagerne i PMTO, og indsatsen er billigere end M-SKP pr. gennemført forløb, men dyrere end KiK.

I en tid, hvor antallet med en ADHD-diagnose stiger voldsomt og skaber øget pres på det eksisterende behandlingssystem (Sundhedsstyrelsen, 2012), kan KiK, PMTO og M-SKP dermed supplere hinanden i den kommunale indsats på området. Som beskrevet i de tre devalueringer er indsatserne organiseret og forankret forskelligt, retter sig mod forskellige målgrupper og er forbundet med forskellige omkostninger. KiK-indsatsen tilbyder gruppeforløb, som igangsættes af ADHD-foreningen. Indsatsen er dermed forankret uden for kommunen og drives af ADHD-foreningen som frivillig organisation. Her deltager forældrene i par og har gennemsnitligt en længere uddannelse end normalbefolkningen. Indsatsen retter sig mod de yngre børn i aldersgruppen 3-9 år og koster omkring 30.000 kr. pr. gennemført forløb. Forældre, som har deltaget i KiK, giver udtryk for, at de har været glade for det gruppebaserede format, og enkelte forældre fortæller, at det har været vigtigt for dem, at indsatsen var frivilligt forankret, frem for kommunalt.

PMTO tilbyder individuelle forløb, som kan igangsættes af kommunen efter behov. Kommunen ansætter og uddanner selv det antal terapeuter, der er nødvendige for at hjælpe det antal familier, der har behov for indsatsen. Indsatsen er kommunalt forankret og retter sig mod børn og unge i alderen 3-18 år. Forældrene i PMTO ligner normalbefolkningen, og et gennemført PMTO-forløb koster omkring 45.000 kr. De forældre, der har deltaget i PMTO, fortæller, at de har været glade for formatet med individuelle familieforløb.

M-SKP tilbyder individuelle forløb til unge, som udbydes af kommunerne. Kommunerne ansætter selv støttekontaktpersonerne, og et gennemført forløb koster omkring 58.000 kr. Devalueringerne tegner dermed et billede af tre forskellige indsatser, som kommunerne kan tilbyde ud fra de

behov og de målgrupper, der er i kommunen. KiK kan fx tilbydes til relativt ressourcestærke forældre, som gerne vil deltage i en gruppeindsats, og som evt. ønsker, at indsatsen er forankret i den civile frem for den kommunale sektor. PMTO kan tilbydes forældre, som ønsker en individuel indsats, og som evt. har børn i den lidt ældre aldersgruppe. M-SKP kan tilbydes unge, som har gavn af et forløb, der er rettet direkte til dem. Indsatserne kan på den måde komplementere hinanden og sammen bidrage til at reducere presset på det eksisterende behandlingssystem.

Bilag 1

Bilagstabel 1.1 Baseline forskelle mellem unges og voksnes besvarelser i PMTO.

Outcome variable	Voksen (N = 36, Fam. = 22)		Ung (N = 10, Fam. = 10)		Diff.	p-value
	Fam.	M(SD)	Fam.	M(SD)		
Ung er en dreng	22	0,56(0,76)	10	0,60(0,79)	-0,04	(0,87)
Den unges alder	21	13,00(3,55)	10	14,84(3,67)	-1,83	(0,17)
Total problemscore (13,6)	22	17,58(4,96)	10	15,60(5,00)	1,98	(0,27)
Eksternaliserende adfærd	22	10,47(3,99)	10	9,40(4,10)	1,07	(0,47)
Internaliserende adfærd	22	7,11(3,81)	10	6,20(3,89)	0,91	(0,52)
Følelsesmæssige problemer (4,2)	22	4,25(3,14)	10	3,50(3,23)	0,75	(0,52)
Adfærdsproblemer (3,3)	22	3,67(2,46)	10	3,00(2,54)	0,67	(0,46)
Hyperaktivitet/uopmærksomhed (6,1)	22	6,81(2,99)	10	6,40(3,07)	0,41	(0,71)
Problemer med jævnaldrende (3,3)	22	2,86(2,65)	10	2,70(2,73)	0,16	(0,87)
Prosocial adfærd (6,4)	22	6,19(2,49)	10	6,60(2,57)	-0,41	(0,66)

Anm.: Antal respondenter (N); antal familier (Fam.) gennemsnit (M), std. afv. (SD). Dobbelt-sided t-test med p-værdier (* p < 0,05; ** p < 0,01) korrigeret for klynger af familier. Estimeret med STATA modul clltest.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Bilagstabel 1.2 Follow-up forskelle mellem unges og voksnes besvarelser i PMTO.

Outcome variable	Voksen (N = 23, Fam. = 14)		Ung (N = 5, Fam. = 5)		Diff.	p-value
	Fam.	M(SD)	Fam.	M(SD)		
Ung er en dreng	14	0,57 (0,79)	5	0,60 (0,87)	-0,03	(0,94)
Den unges alder	14	12,70 (4,33)	5	14,77 (4,79)	-2,07	(0,39)
Total problemscore(13,6)	14	14,13 (7,02)	5	16,00 (7,59)	-1,87	(0,62)
Eksternaliserende adfærd	14	8,17 (4,20)	5	10,40 (4,52)	-2,23	(0,33)
Internaliserende adfærd	14	5,96 (3,64)	5	5,60 (3,83)	0,36	(0,85)
Følelsesmæssige problemer(4,2)	14	3,52 (2,16)	5	3,80 (2,26)	-0,28	(0,80)
Adfærdsproblemer (3,3)	14	2,57 (1,48)	5	3,80 (1,51)	-1,23	(0,11)
Hyperaktivitet/uopmærksomhed (6,1)	14	5,61 (3,38)	5	6,60 (3,68)	-0,99	(0,59)
Problemer med jævnaldrende (3,3)	14	2,43 (2,20)	5	1,80 (2,35)	0,63	(0,59)
Prosocial adfærd (6,4)	14	6,96 (2,43)	5	8,00 (2,56)	-1,04	(0,42)

Anm.: Antal respondenter (N); antal familier (Fam.) gennemsnit (M), std. afv. (SD). Dobbelt-sided t-test med p-værdier (* p < 0,05; ** p < 0,01) korrigeret for klynger af familier. Estimeret med STATA modul clttest.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Bilagstabel 1.3 N, M(SD) and FE from total KiK sample.

Outcome variable	Attrition				Panel				Adjusted difference						
	Pre		Post		Pre		Post		N	CI	$\hat{M}(SE)$	$\hat{M}(SE)$	δ	[95 pct. CI]	Cohen's d
<i>Adfærdsproblemer målt ved SDQ</i>															
Total problemscore (14,3)	84	21,40 (4,94)	8	21,63 (6,78)	78	21,74 (4,39)	78	19,36 (5,40)	248	170	22,05 (0,20)	19,66 (0,21)	-2,38	[0,20;19,66] **	0,51
Eksternaliserende adfærd	84	12,82 (3,01)	8	12,25 (3,33)	78	11,99 (2,68)	78	10,58 (2,80)	248	170	12,53 (0,11)	11,12 (0,12)	-1,41	[0,11;11,12] **	0,49
Internaliserende adfærd	84	8,58 (3,03)	8	9,38 (3,96)	78	9,76 (2,95)	78	8,78 (3,76)	248	170	9,52 (0,15)	8,55 (0,16)	-0,97	[0,15;8,55] **	0,32
Følelsesmæssige problemer (4)	84	4,70 (2,10)	8	5,63 (2,07)	78	5,46 (2,17)	78	4,81 (2,38)	248	170	5,33 (0,11)	4,67 (0,11)	-0,65	[0,11;4,67] **	0,30
Adfærdsproblemer (3,7)	84	4,56 (1,71)	8	3,88 (1,81)	78	4,32 (1,62)	78	3,51 (1,62)	248	170	4,53 (0,07)	3,72 (0,07)	-0,81	[0,07;3,72] **	0,49
Hyperaktivitet/uopmærksomhed (6,7)	84	8,26 (1,79)	8	8,38 (1,69)	78	7,67 (1,94)	78	7,06 (1,91)	248	170	8,00 (0,09)	7,40 (0,09)	-0,60	[0,09;7,40] **	0,32
Problemer med jævnaldrende (3)	84	3,88 (1,89)	8	3,75 (2,66)	78	4,29 (2,10)	78	3,97 (2,22)	248	170	4,19 (0,09)	3,87 (0,09)	-0,32	[0,09;3,87]	0,16
Prosocial adfærd (7)	84	6,18 (1,90)	8	6,13 (2,30)	78	6,51 (1,86)	78	6,76 (1,91)	248	170	6,34 (0,10)	6,59 (0,11)	0,24	[0,10;6,59]	0,13
<i>Forældrekompetencer målt ved PSOC og PS</i>															
Mestringsevne (PSOC)	77	22,21 (5,47)	16	26,06 (3,43)	70	23,24 (5,52)	70	27,00 (3,88)	233	163	22,29 (0,33)	26,05 (0,31)	3,76	[0,33;26,05] **	0,68
Nedgørende opdragelsesstil (PS)	78	4,31 (2,14)	16	4,00 (1,93)	69	4,19 (1,58)	69	3,94 (1,59)	232	163	4,27 (0,12)	4,02 (0,11)	-0,25	[0,12;4,02]	0,13
Overreagerende opdragelsesstil (PS)	78	19,00 (5,39)	16	15,00 (4,10)	69	20,26 (4,68)	69	14,97 (4,66)	232	163	20,61 (0,29)	15,32 (0,27)	-5,29	[0,29;15,32] **	1,04

Anm.: Antal observationer (N = individer*tid); gennemsnit (M); forventet gennemsnit (\hat{M}); std. afv. (SD); og standard fejl (SE). Fixed effects estimation (δ) med STATA modul xtreg of $Y_{it} = \beta + \delta_{it} + u_i + \epsilon_{it}$, hvor i er individ og t er tid. Dobbelt-sided t-test med p-værdier (* p < 0,05; ** p < 0,01) korrigeret for klynger af individer (CI). Cohen's d er δ divideret med total sample SD ved baseline. Panel samplet varierer i størrelse, fordi nogle personer ikke besvarede alle spørgsmål. Værdier i parentes efter SDQ-variable angiver norm-score.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Bilagstabel 1.4 N, M(SD) and FE from total PMTO sample.

Outcomevariabel	Attrition				Panel				Adjusted difference (N = 74)						
	Pre		Post		Pre		Post		N	CI	\hat{M} (SE)	\hat{M} (SE)	δ	[95 pct. CI]	Cohen's d
<i>Adfærdsproblemer målt ved SDQ</i>															
Total problemscore (13,6)	21	15,90 (3,87)	3	18,67 (2,52)	25	18,20 (4,71)	25	13,96 (5,16)	74	24	18,26 (0,65)	14,02 (0,65)	-4,24	[0,65;14,02] **	0,95
Eksternaliserende adfærd	21	10,33 (3,25)	3	10,67 (1,53)	25	10,16 (2,84)	25	8,32 (3,35)	74	24	10,53 (0,43)	8,69 (0,43)	-1,84	[0,43;8,69] *	0,61
Internaliserende adfærd	21	5,57 (2,54)	3	8,00 (2,65)	25	8,04 (3,18)	25	5,64 (3,04)	74	24	7,73 (0,52)	5,33 (0,52)	-2,40	[0,52;5,33] *	0,77
Følelsesmæssige problemer (4,2)	21	2,71 (1,87)	3	4,67 (1,53)	25	5,24 (1,81)	25	3,44 (1,85)	74	24	4,79 (0,32)	2,99 (0,32)	-1,80	[0,32;2,99] **	0,81
Adfærdsproblemer (3,3)	21	3,71 (2,12)	3	3,33 (0,58)	25	3,36 (1,41)	25	2,72 (1,49)	74	24	3,56 (0,20)	2,92 (0,20)	-0,64	[0,20;2,92]	0,36
Hyperaktivitet/uopmærksomhed (6,1)	21	6,62 (2,29)	3	7,33 (1,15)	25	6,80 (2,25)	25	5,60 (2,45)	74	24	6,96 (0,26)	5,76 (0,26)	-1,20	[0,26;5,76] *	0,53
Problemer med jævnaldrende (3,3)	21	2,86 (1,93)	3	3,33 (1,53)	25	2,80 (2,06)	25	2,20 (1,76)	74	24	2,94 (0,27)	2,34 (0,27)	-0,60	[0,27;2,34]	0,30
Prosocial adfærd (6,4)	21	5,86 (2,22)	3	8,67 (1,15)	25	6,64 (1,38)	25	6,96 (1,99)	74	24	6,45 (0,18)	6,77 (0,18)	0,32	[0,18;6,77]	0,17

Anm.: Antal observationer (N = individer×tid); gennemsnit (M); forventet gennemsnit (\hat{M}); std. afv. (SD); og standard fejl (SE). Fixed effects estimation (δ) med STATA modul xtreg of $Y_{it} = \beta + \delta_{it} + u_i + \epsilon_{it}$, hvor i er individ og t er tid. Dobbelt-sided t-test med p-værdier (* p < 0,05; ** p < 0,01) korrigeret for klynger af familier, fordi vi grupperer unge og voksne (CI). Cohen's d er δ divideret med total sample SD ved baseline. Panel samplet varierer i størrelse, fordi nogle personer ikke besvarede alle spørgsmål. Værdier i parentes efter SDQ-variable angiver norm-score.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Litteratur

- Adelman, H. S. & L. Taylor (2003): "On Sustainability of Project Innovations as Systemic Change". *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 14 (1), s. 1-25.
- Barlow, J. & E. Coren (2004): "Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health." *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (1), CD002020.
- Birnbaum, H.G., R.C. Kessler, S.W. Lowe, K. Secnik, P.E. Greenberg, S.A. Leong & A.R. Swensen (2005): "Costs of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000". *Current Medical Research and Opinion*, 21(2), s. 195-205.
- Chacko, A. & C. Scavenius (2017): "Bending the Curve: A Community-Based Behavioral Parent Training Model to Address ADHD-Related Concerns in the Voluntary Sector in Denmark". *Journal of Abnormal Child Psychology*, s. 1-13.
- Daley, D., R.H. Jacobsen, A.-M. Lange, A. Sørensen & J. Walldorf (2015): *Costing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Denton, C. A., S. Vaughn & J.M. Fletcher (2003): "Bringing research-based practice in reading intervention to scale". *Learning Disabilities Research & Practice*, 18 (3), s. 201-211.
- Dick, B. & B.J. Ferguson (2015): "Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade". *Journal of Adolescent Health*.
- Durlak, J.A. & E.P. DuPre (2008): "Implementation Matters: A review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation". *American Journal of Community psychology*, 41, s. 327-350.
- Esbjerg Kommune (2014): *Håndbog for implementering*. Esbjerg: Esbjerg Kommune.
- Fixsen D.L., K.A. Blase, S.F. Naoom & F. Wallace (2009): "Core Implementation Components". *Research on Social Work Practice*, 19(5), s. 531-540. Sage Publications.
- Fixsen D.L., S.F. Naoom, K.A. Blase, R.M. Friedman & F. Wallace (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Forgatch, M.S., B. Bullock & G. Patterson (2004): *From theory to practice: Increasing effective parenting through role-play*. *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated approach*.
- Kanter, R.M. (1988): "When a Thousand Flowers Bloom: Structural, Collective and Social Conditions for Innovation in Organizations". *Research in Organizational Behaviour*, 10: s. 169-221.
- Lindberg, M. & C. Scavenius (under udgivelse): *Udvikling og omkostninger ved FFT*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Lindberg, M. & C. Scavenius (under udgivelse): *Economic assessment of FFT in Denmark*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Loeber, R. & J.D. Burke (2011): "Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems". *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), s. 34-46.
- Mason, J. (2002): *Qualitative Researching*. London: SAGE Publications.
- Matza, L.S., C. Paramore & M. Prasad (2005): "A review of the economic burden of ADHD." *Cost effectiveness and resource allocation* : C/E, 3, s. 5.
- McCoy, M.G., P.J. Frick, B.R. Loney & M.L. Ellis (1999): "The Potential Mediating Role of Parenting Practices in the Development of Conduct Problems in a Clinic-Referred Sample". *Journal of Child and Family Studies*, 8(4), s. 477-494.
- Nix, R.L., E.E. Pinderhughes, K.A. Dodge, J.E. Bates, G.S. Pettit & S.A. McFadyen-Ketchum (1999): "The relation between mothers' hostile attribution tendencies and children's externalizing behavior problems: The mediating role of mothers' harsh discipline practices". *Child Development*, 70(4), s. 896-909.
- Patterson, G.R., M.S. Forgatch, K.L. Yoerger & M. Stoolmiller (1998): "Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending". *Development and Psychopathology*, 10, s. 531-547.
- Polanczyk, G., M.S. de Lima, B.L. Horta, J. Biederman & L.A. Rohde (2007): "The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis". *American journal of psychiatry*, 164(6), s. 942-948.
- Polanczyk, G.V., E.G. Willcutt, G.A. Salum, C. Kieling & L.A. Rohde (2014): "ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis". *International journal of epidemiology*, 43(2), s. 434-442.
- Regeringens udvalg om Psykiatri (2013): *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*.
- Scavenius, C. & M.R. Lindberg (2017): *Midtvejsevaluering af bedre familiebehandling*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
- Scavenius, C., M.R. Lindberg & J.L. Hansen (under udgivelse): *Effectiveness of Parent Management Training - Oregon (PMTO) for a Community Sample of Children with Behavior Problems: A Randomized Controlled Trial in Denmark*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Singh, I., T. Kendall, C. Taylor, A. Mears, C. Hollis, M. Batty & S. Keenan (2010): "Young People's Experience of ADHD and Stimulant Medication: A Qualitative Study for the NICE Guideline". *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), s. 186-192.
- Skogen, J.C. & F.A. Torvik (2013): *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Oslo.
- Socialstyrelsen (2015): *Omkostningsvurdering af PMTO individuel: Parent Management Training Oregon*.
- Socialstyrelsen (2016a): *Økonomiske Analyser Af Sociale Indsatser*.
- Socialstyrelsen (2016b): *Omkostningsvurdering af Kærlighed i Kaos KiK*.

- Socialstyrelsen (2017): "De utrolige år". Sidst opdateret den 18/04 2017
<https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-born-og-unge/om-dokumenterede-metoder/dua>
- Sundhedsstyrelsen (2014): National Klinisk retningslinje for idredning og behandling af ADHD hos børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sturges, J.E. & K.J. Hanrahan (2004): "Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note". *Qualitative Research*, 4(1), s. 107-118.
- Trier-Bieniek, A. (2012): "Framing the telephone interview as a participant-centred tool for qualitative research: a methodological discussion". *Qualitative Research*, 12(6), s. 630-644.
- Thomas, R., S. Sanders, J. Doust, E. Beller & P. Glasziou (2015): "Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis". *Pediatrics*, 135(4), s. 994-1001.
- Valente, T.W. & R.L. Davis (1999): "Accelerating the Difussion of Innovations through the Use of Opinion Leaders". *The Annals of the American Academy*, 566: s. 55-67.
- Willcutt, E.G. (2012): "The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review". *Neurotherapeutics*, 9(3), s. 490-499.

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD