

Lettere behandling i PPR

Forsøg med lettere behandling i regi af PPR i 37 kommuner



Bente Bjørnholt, Marianne Mikkelsen, Marianne Schøler Kollin, Julie Steffensen, Mads Rindom, August Emil Madsen og Rasmus Østenfeld Beck

VIVE

*Lettere behandling i PPR
– Forsøg med lettere behandling i regi af PPR i 37 kommuner*

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-327-7

Forsidefoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 302055

Finansiering: Styrelsen for Undervisning og Kvalitet

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

I satspuljemidlerne (2019-2022) blev der afsat midler til et forsøg med 'En styrket indsats i PPR'. 37 kommuner deltog i forsøget. Formålet var at styrke kommunernes PPR-indsats gennem implementering af lettere behandling til børn og unge i alderen 6-18 år, som er i psykisk mistrivsel, i risiko for at udvikle en psykisk lidelse eller med begyndende symptomer på en psykisk lidelse.

VIVE evaluerer i denne rapport kommunernes erfaringer med implementeringen samt de umiddelbare omkostninger og konsekvenser for børnene og de unge. Undersøgelsen bygger på omfattende dataindsamling, der kombinerer interview og survey-data, registerdata samt analyser af kommunernes pulje- og statusrapporter.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Bente Bjørnholt og senioranalytikerne Marianne Mikkelsen og Marianne Schøler Kollin. Desuden har studenterne Julie Steffensen, Mads Rindom, August Emil Madsen og Rasmus Østenfeld Beck bidraget til rapporten med et værdifuldt arbejde. Rapporten har været i eksternt review og er blevet kvalitetssikret af en forsker og en praktiker på feltet.

Vi takker for værdifulde kommentarer fra Styrelsen for Undervisning og Kvalitet og fra den af ministeriet nedsatte referencegruppe. Vi takker desuden de mange PPR-ledere og -medarbejdere, der har deltaget i undersøgelsens spørgeskemaer og interview. Uden deres deltagelse ville denne rapport ikke have været mulig.

Ulrik Hvidman

Forsknings- og analysechef for VIVE Styling og Ledelse



Indholdsfortegnelse

| | |
|----------------------|---|
| DEL 1 Afrapportering | 6 |
|----------------------|---|

| | |
|-----------------|---|
| Hovedresultater | 7 |
|-----------------|---|

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Indledning | 15 |
| 1.1 | Evalueringens undersøgelsesspørgsmål | 16 |
| 1.2 | Baggrund og karakteristik af lettere behandlingsindsatser i forsøget | 16 |
| 1.3 | Analysestrategi, datagrundlag og metoder | 22 |
| 1.4 | Læsevejledning | 24 |

| | | |
|-----|---|----|
| 2 | Resultater af lettere behandling for børn og unge | 25 |
| 2.1 | Udfordringer, livstilfredshed og ensomhed | 27 |
| 2.2 | Skolefravær, trivsel og lægebesøg | 31 |

| | | |
|-----|--|----|
| 3 | Implementering af de faglige anbefalinger | 38 |
| 3.1 | Den samlede tilbudsvifte skal dække målgruppen | 38 |
| 3.2 | Indgang til PPR og lettere behandling | 43 |
| 3.3 | Lettere behandlingsindsatser | 49 |
| 3.4 | Mål, opfølgning og dokumentation af indsatsen | 54 |
| 3.5 | Samarbejde og koordinering | 62 |
| 3.6 | Kompetenceudvikling | 69 |

| | | |
|-----|------------------------------------|----|
| 4 | Omkostningsanalyse | 74 |
| 4.1 | De samlede udgifter pr. forløb | 76 |
| 4.2 | Manualbaserede indsatser | 79 |
| 4.3 | Udgiftsforskelle mellem kommunerne | 80 |

| | | |
|-----|---------------------------|----|
| 5 | Ledelse og implementering | 84 |
| 5.1 | Forandringsledelse | 85 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 5.2 | Generel implementering | 88 |
| 5.3 | PPR's rolle: rådgivning, udredning og behandling | 90 |
| <hr/> | | |
| 6 | VIVEs opmærksomheds-punkter til lovende praksis | 93 |
| <hr/> | | |
| | Litteratur | 97 |
| <hr/> | | |
| | DEL 2 Dokumentation | 103 |
| <hr/> | | |
| | Bilag 1 Design og metode | 104 |
| | Kvantitativ metodebeskrivelse | 104 |
| | Kvalitativ metodebeskrivelse | 113 |
| <hr/> | | |
| | Bilag 2 Supplerende figurer og tabeller | 118 |
| <hr/> | | |
| | Bilag 3 Logbog | 124 |
| <hr/> | | |
| | Bilag 4 Spørgeskema | 128 |
| <hr/> | | |
| | Bilag 5 Interviewguide | 134 |
| <hr/> | | |
| | Bilag 6 Kodeskema statusrapporter | 137 |
| <hr/> | | |
| | Bilag 7 Kodebog kvalitative interview | 139 |



DEL 1

Afrapportering

Hovedresultater

Psykisk mistrivsel blandt børn og unge er en stigende udfordring i Danmark. Flere børn og unge skader sig selv, har psykiske symptomer på bl.a. angst eller depression, og flere oplever mindre livstilfredshed og føler sig ensomme (Jeppesen et al., 2020; Rasmussen et al., 2019). Det rejser spørgsmålet om, hvordan vi tidligt kan hjælpe børn og unge i risiko for psykisk mistrivsel.

I satspuljemidlerne for sundhedsområdet (2019-2022)¹ blev der afsat midler til et forsøg med 'En styrket indsats i PPR' (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning)². Hensigten var at styrke PPR til at varetage en tidlig og lettere behandling af børn og unge i alderen 6-18 år, som er i psykisk mistrivsel, i risiko for at udvikle en psykisk lidelse eller med begyndende symptomer på en psykisk lidelse.

Lettere behandling dækker over forskellige typer af indsatser, og i alt 37 kommuner har i regi af PPR afprøvet 36 forskellige lettere behandlingsindsatser. Forsøget retter sig mod at afprøve lettere behandling i regi af PPR.

Denne evaluering bidrager primært med indsigter i, hvordan de 37 kommuner har implementeret lettere behandling i PPR, men belyser også de umiddelbare resultater for børn og unge samt de økonomiske omkostninger ved implementeringen.

Undersøgelsen viser overordnet gode erfaringer med at tilbyde lettere behandling i regi af PPR. PPR-medarbejderne er generelt positive over for lettere behandling, og lettere behandling kan styrke børn og unges vurdering af deres

Lettere behandling i kommunerne

Kommunerne har arbejdet med 36 forskellige lettere behandlingsindsatser i regi af PPR og omtrent halvdelen med mere end én indsats.

12 kommuner har fx implementeret Back2School, som har fokus på skolevægring, mens 9 kommuner har implementeret Cool Kids, der fokuserer på angst og bygger på principper fra kognitiv terapi og adfærdsterapeutiske metoder.

8 kommuner har selv udviklet indsatser til projektet enten som eneste tilbud eller sammen med andre tilbud.

Der er krav om, at de lettere behandlingsindsatser skal være vidensbaserede. Det vil sige, at det skal være undersøgt, hvad der eksisterer af viden om indsatsen, i forhold til om der er viden om hhv. indsatsens målgruppe, metode, effekt, implementering og økonomi.

¹ Disse behandlingsindsatser kan også finde sted i andre kommuner, fx i regi af familiehus eller lignende.

² PPR er en kommunal enhed, der tilbyder pædagogisk psykologisk rådgivning til bl.a. skoler og dagtilbud i forhold til at træffe afgørelser om specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand (jf. folkeskolelovens § 12, stk. 2).

egen trivsel. Undersøgelsen peger imidlertid også på en række udviklingspotentialer i forhold til at styrke implementeringen. Vi sammenfatter nedenfor rapportens hovedkonklusioner.

Børn og unge oplever en øget trivsel efter lettere behandling, men det afspejles ikke i deres skoletrivsel og skolefravær

Når børn og unge vurderer deres egen trivsel før og efter lettere behandling, er der sket en positiv udvikling i deres livstilfredshed og oplevelse af ensomhed. Samme positive fremgang finder vi ikke, når vi kigger på deres skoletrivsel, skolefravær og antallet af sundhedsydelser.

PPR-medarbejdere vurderer samlet set, at børn og unge er i mindre psykisk mistrivsel, efter de har modtaget lettere behandling, end før de har modtaget en indsats. I flere tilfælde vurderer de, at barnet/den unge efterfølgende trives.

Børn og unge oplever generelt en højere livstilfredshed og føler sig mindre ensomme ved afslutningen end ved opstarten af en lettere behandlingsindsats.

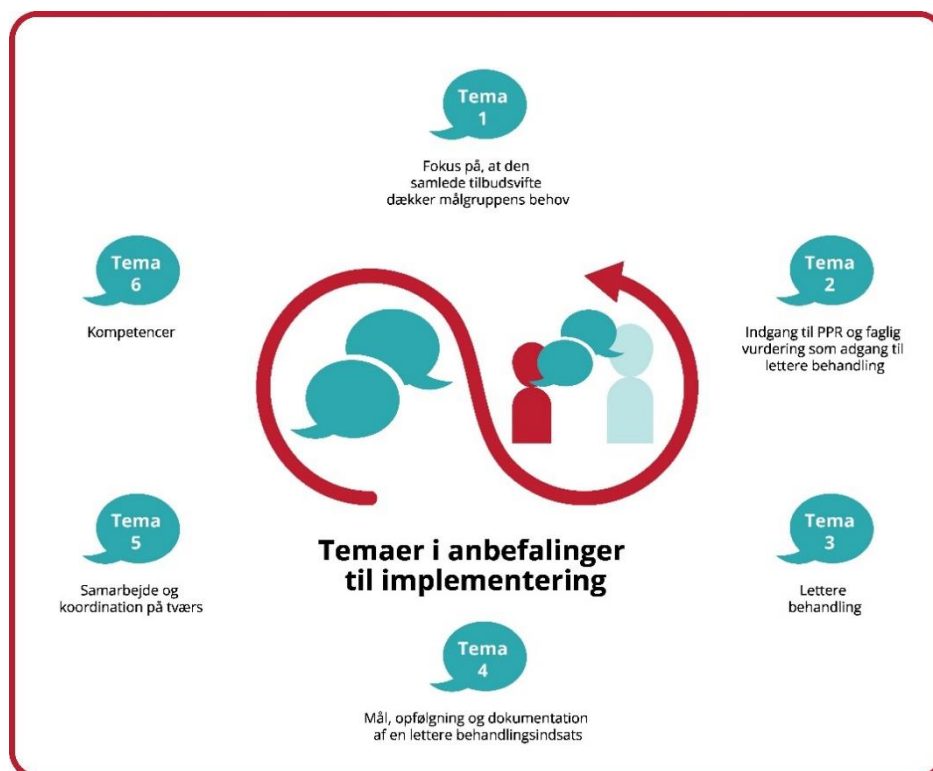
Børn og unge, som har modtaget lettere behandling i PPR, modtager i gennemsnit færre ydelser fra læger og specialister efter den lettere behandling i PPR end en sammenlignelig gruppe af børn og unge. Dog har de et højere antal skolefraværsdage, og der er ingen ændring i trivsel i skolen efter den lettere behandling på nær i deres sociale trivsel, hvor der er en lille negativ udvikling.



Implementeringen af de faglige anbefalinger peger i forskellige retninger

En arbejdsgruppe med repræsentanter fra Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK), Social- og Boligstyrelsen (SBST) og Sundhedsstyrelsen (SST) samt Kommunernes Landsforening og Danske Regioner har som led i forsøget

udviklet seks faglige anbefalinger til kommunernes arbejde med at implementere lettere behandlingsindsatser i regi af PPR, jf. nedenfor.³



Nedenfor præsenteres resultaterne af VIVEs evaluering af kommunernes arbejde med de seks temaer, der bygger på PPR-ledere og -medarbejdedes besvarelser i spørgeskema og interview.

Tema 1 – Den samlede tilbudsvifte skal dække målgruppens behov

Lettere behandling passer godt ind i kommunens tilbudsvifte i forhold til at dække målgruppens behov. Det er forskelligt, om lettere behandling integreres som en del af en strategisk og faglig udvikling i PPR.

PPR-ledere og -medarbejdere vurderer generelt, at lettere behandling passer godt ind i kommunens samlede tilbudsvifte i forhold til at dække behovene blandt 6-18-årige børn og unge i eller med risiko for at udvikle psykisk mistrivsel. Den positive vurdering af lettere behandling hænger sammen med PPR-ledere og -medarbejdedes vurdering af mulighederne for både at tilbyde en tidligere indsats og imødekomme behov hos børn og unge i målgruppen, som ikke indfanges i de eksisterende tilbud.

Lettere behandling i PPR er finansieret ved puljemidler og er derfor umiddelbart et udviklingsprojekt. Det varierer, hvorvidt og hvordan kommunerne tilbyder lettere behandling efter projektets udløb. Enkelte kommuner fortsætter

³ Arbejdsgruppens anbefalinger uddybes yderligere i Kapitel 3.

med at tilbyde lettere behandling i sin nuværende form, mens hovedparten foretager tilpasninger, og enkelte kommuner tilbyder ikke længere lettere behandling i regi af PPR. En række PPR-medarbejdere udtrykker imidlertid en bekymring for, at lettere behandling ikke integreres som en del af PPR's strategiske og faglige udvikling, men blot bliver "endnu et udviklingsprojekt", som ikke gives tid til forankring.

Tema 2 – Indgang til PPR og faglig vurdering som adgang til lettere behandling

Der har været stor efterspørgsel efter lettere behandling, og implementeringen vurderes at have understøttet familier og fagprofessionelles kendskab til indsatserne. Det er imidlertid ikke entydigt, hvorvidt implementeringen har givet en lettere adgang til PPR.

Det er typisk lærere, pædagoger og andre kontaktpersoner, der henviser børn og unge til PPR. PPR-ledere og -medarbejdere vurderer, at implementeringen har bidraget til, at såvel fagprofessionelle som familier i større grad har kendskab til, hvordan de får kontakt til PPR.

I gennemsnit er PPR-ledere og -medarbejdere hverken enige eller uenige i, at arbejdet med lettere behandling i regi af PPR har givet en lettere indgang til PPR for de fagprofessionelle eller for børnene og deres familier.

Ledere og medarbejdere i PPR vurderer tillige, at der har været stor efterspørgsel efter lettere behandling. Over halvdelen angiver, at efterspørgslen har været så stor, at der næsten er dobbelt så mange børn og unge i målgruppen i forhold til antallet af lettere behandlingsforløb, som kommunen kan tilbyde.

Tema 3 – Lettere behandling

Implementeringen af lettere behandling har gået på to ben og inddrager både børn/unge og deres omgivende miljø i form af bl.a. forældre og skoler.

Medarbejdere og ledere i PPR ser inddragelse af børn og unges omgivende miljø som en naturlig del af deres arbejde. PPR har særlige muligheder i forhold til at koble det individuelle perspektiv på børnene med et bredere fokus på børnenes omgivende miljø. I implementeringen af lettere behandling har de da også inddraget børn og unges omgivende miljø, særligt i form af forældre og værger samt i overvejende grad relevante institutioner i børnene og de unges miljø.

Flere PPR-medarbejdere giver udtryk for, at nogle forældre og institutioner tror, at lettere behandling kan være en genvej/lettere vej ind i psykiatrien frem for et selvstændigt tilbud.

Tema 4 – Mål, opfølgning og dokumentation af en lettere behandlingsindsats

At indsamle og bruge systematiske data om børnene og den unge har været en særlig udfordring i implementeringen, og flere PPR-medarbejdere har ikke indsamlet og brugt sådanne data.

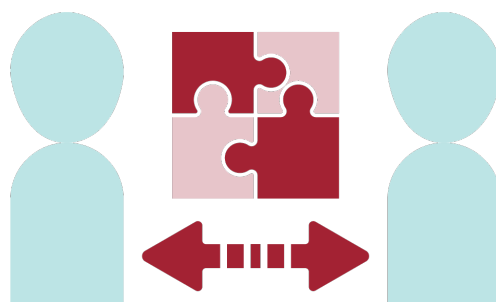
Både ledere og medarbejdere i PPR arbejder i forbindelse med implementering af lettere behandling systematisk med formuleringen af mål for det enkelte barn/den unge, ligesom de indsamler systematiske data om det enkelte barn/den unge ved hjælp af screeningsværktøjer. Dette bruges til at vurdere, hvorvidt indsatsen for det enkelte barn/den unge er den rigtige, herunder om der er behov for justering.

Det er imidlertid væsentligt at fremhæve, at mere end hver femte angiver, at de 'slet ikke' har, eller de 'ved ikke', om de har, indsamlet systematiske data fra screeningsværktøjer, via samtaler eller survey med barnet/den unges forældre eller skoler/institutioner. Desuden ved hver tiende ikke, hvad de bruger data til. I interview forklarer PPR-medarbejderne, at dokumentation opleves som en tidsrøver, der ikke opleves at tilføre værdi til arbejdet med børnene/de unge.

Tema 5 – Samarbejde og koordination på tværs

PPR-ledere og -medarbejdere oplever et tæt tværfagligt samarbejde i implementeringen.

Medarbejdere i PPR vurderer, at der i implementeringen har været et tæt samarbejde på tværs af relevante fagprofessionelle. De PPR-ledere og -medarbejdere, der angiver, at der i implementeringen har været tydelige procedurer for det tværfaglige samarbejde, oplever også et højere niveau af tværfagligt samarbejde.



Tema 6 – Kompetencer

PPR-ledere og -medarbejdere vurderer at have kompetencer til implementering af lettere behandling, men mangler tid og ressourcer.

PPR-ledere og -medarbejdere oplever ikke at have manglet viden om indsatserne og er overordnet tilfredse med de forskellige typer af kompetenceudviklingsaktiviteter i forbindelse med lettere behandling. De efterspørger derimod tid og ressourcer til at implementere lettere behandling.

Kompetenceudvikling har varierende betydning for de ansattes motivation og self-efficacy. Medarbejdere i PPR, der har læst om særlige metoder/indsatser i

forbindelse med implementeringen af lettere behandlingsindsatser, har en højere motivation for deres arbejde, ligesom de vurderer deres faglige evner højere.

De økonomiske omkostninger ved implementering og drift af lettere behandling

Kommuner med erfaring i at lade PPR tilbyde lettere behandling har samlet set færre udgifter til hvert behandlingsforløb end kommuner uden erfaring. Manualbaserede indsatser er tilsyneladende dyrere pr. forløb end ikke-manualbaserede indsatser, og der er store kommunale forskelle i udgifterne til de individuelle forløb.

Kommuner, der allerede har erfaring med at tilbyde lettere behandling i regi af PPR, har færre udgifter pr. barn/ung/familie, der har modtaget et behandlingsforløb, end kommuner uden erfaring hermed. Umiddelbart ser vi dog kun den forskel, når *alle* udgifter indregnes, dvs. både implementerings- og driftsudgifter. Ser vi alene på kommunernes registrerede gennemsnitlige timeforbrug pr. gennemført behandlingsforløb, ser der ikke ud til at være den samme forskel. Her er dog kun et lille antal kommuner at analysere på. Det indikerer imidlertid, at det især er udgifter til opstart og aktiviteter omkring indsatsen, der har krævet flere ressourcer af de uerfarne kommuner set i forhold til kommuner med mere erfaring i at lade PPR tilbyde lettere behandling.



Manualbaserede indsatser

Manualbaserede indsatser er indsatser, som følger en manual, dvs. en fastlagt metode for, hvordan indsatsen tilrettelægges og gennemføres med bestemte retningslinjer og procedurer (fx Cool Kids).

Kommuner, der *alene* anvender manualbaserede indsatser, har i gennemsnit flere udgifter pr. forløb end kommuner, der også eller alene anvender egenudviklede indsatser. Den samme forskel mellem kommunerne ses også i gennemsnitligt timeforbrug pr. forløb. Der er dog tale om et spinkelt datagrundlag, hvorfor det ikke har været muligt at kontrollere for andre forhold med betydning for udgiftsniveauet, fx varigheden af indsatserne,

eller om den er leveret af kommuner med eller uden erfaring med at tilbyde lettere behandling i regi af PPR. Resultatet skal derfor læses med det forbehold.

Hvor kommunernes udgifter til gruppebaserede indsatser er nogenlunde ens, er der langt større forskel mellem kommunerne i deres gennemsnitlige udgift til de individuelle forløb. Det store spænd i kommunernes udgiftsniveau afspejler, at der formentlig også er et stort spænd i indsatsernes intensitet og varighed – fra korte samtaleforløb til flere møder med børnene og de unge samt deres forældre.

Forandringsledelse kan understøtte implementeringen

Forandringsledelse og deltagelse i implementeringen har en positiv sammenhæng til PPR-medarbejdernes oplevelse af at kunne hjælpe børn og unge i mistrivsel.

Forandringsledelse er et spørgsmål om, at lederne tydeliggør formålet med lettere behandling, præsenterer en klar vision for projektet, udvikler en klar handleplan for implementeringen og følger op på den enkelte medarbejders rolle i projektet.

Denne form for forandringsledelse har en positiv sammenhæng til PPR-medarbejdernes oplevelse af at kunne håndtere deres arbejde og gøre en forskel for børn og unge i mistrivsel.

De medarbejdere i PPR, som har deltaget i implementeringen af lettere behandling, er mere positive over for at kunne hjælpe børn og unge i mistrivsel end deres kollegaer. De oplever desuden i højere grad at kunne tilpasse indsatserne til det enkelte barn/unges behov og udfordringer, og de vurderer samarbejdet med forældre og skoler bedre.

Undersøgelsens datagrundlag

Undersøgelsen bygger på en lang række datakilder:

- **Spørgeskemaundersøgelse** til alle PPR-medarbejdere og -ledere i de 37 kommuner*, inklusive kodning af kvalitative kommentarer i spørgeskemaet
- **Interview** med PPR-ledere og -medarbejdere samt samarbejdspartnere og forældre i 11 kommuner
- **Logbøger**, som er udfyldt for de enkelte børn og unge forud for og efter indsatsen
- **Registerdata**
- **Statusrapporter**, som kommunerne har afleveret for projektet i 2022 og i 2023
- **Puljeregnskaber**, som kommunerne har afleveret ved projektets afslutning.

*En enkelt kommune ønskede ikke at sende mailadresser på alle medarbejdere.

1 Indledning

Selvom hovedparten af børn og unge i Danmark trives, udviser en ikke ubetydelig andel børn og unge tegn på psykisk mistrivsel (Due et al., 2014; Ottosen et al., 2022; Ottosen & Montgomery, 2016). Der er desuden de senere år sket en vækst i psykisk mistrivsel blandt børn og unge (Andersen et al., 2020; Ottosen et al., 2018). Flere børn og unge skader sig selv (Børns Vilkår & Trygfonden, 2021), tager smertestillende medicin og har psykiske symptomer som bl.a. ensomhed og mindre livstilfredshed (Jeppesen et al., 2020). Der er desuden sket en stigning i andelen af børn, der føler sig ensomme, og omkring 20 % af alle danske børn og unge har symptomer på enten angst eller depression (Jensen et al., 2018; Rasmussen et al., 2019). Børns mentale sundhed er en forudsætning for deres læring og udvikling (Gustafsson et al., 2010), og psykisk mistrivsel blandt børn og unge kan have alvorlige konsekvenser for dem som voksne (Due et al., 2014; Ottosen et al., 2018)

I satspuljemidlerne på sundhedsområdet (2019-2022) blev der afsat midler til forsøg med 'En styrket indsats i PPR' (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning). Initiativet består af lettere behandlingsindsatser målrettet børn og unge i alderen 6-18 år, der mistrives eller har/er i risiko for at udvikle en psykisk lidelse. 37 kommuner har deltaget i forsøget for perioden 2020-2022⁴ og har ud over økonomisk støtte fra puljemidlerne fået implementeringsstøtte fra læringskonsulenter i STUK. Forsøget er dannet inspiration for et nyt kommunalt behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel (Sundhedsstyrelsen, 2023).

Lettere behandling

Lettere behandling dækker over flere forskellige typer indsatser og kombinerer ofte behandling til det enkelte barn/den unge med inddragelse af barnet/den unges omgivende miljø, (familien, lærere, pædagoger, gruppefællesskaber mv.).

Eksempler på kommunernes indsatser er fx Back2School, som har fokus på skolevægring, og Cool Kids, der fokuserer på angst og bygger på principper fra kognitiv terapi og adfærdsterapeutiske metoder (se i øvrigt afsnit 1.2.1).

⁴ Projektet blev forlænget ind i det første halvår af 2023.

1.1 Evalueringens undersøgelsesspørgsmål

VIVE evaluerer i denne rapport kommunernes erfaringer med implementering af lettere behandling i regi af PPR og undersøger omkostninger ved implementeringen og de umiddelbare konsekvenser for børnene og de unge. Evalueringen bygger på et omfattende datamateriale (se Boks 1.3) og kan danne afsæt for fremtidige anbefalinger til implementering og udbredelse af lettere behandling. Konkret besvarer evalueringen fire undersøgelsesspørgsmål, som er angivet i Boks 1.1

Boks 1.1 Undersøgelsesspørgsmål

1. Hvilke målbare resultater er der skabt for de børn og unge, der har modtaget lettere behandling i regi af PPR?
2. Hvordan implementerer kommunerne de lettere behandlingsindsatser med særligt fokus på, i hvilken grad det sker i overensstemmelse med de faglige anbefalinger?
3. Hvilke omkostninger er der forbundet med implementering af lettere behandlingsindsatser?
4. Hvilke potentialer for lovende praksis findes i forhold til implementering og udbredelse af lettere behandlingsindsatser til alle landets kommuner?

1.2 Baggrund og karakteristik af lettere behandlingsindsatser i forsøget

Formålet med 'En styrket indsats i PPR' er at styrke kommunernes PPR-indsats gennem udvikling af og forsøg med implementering af lettere behandlingsindsatser (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a).

Målgruppen for den lettere behandling er børn og unge i alderen 6-16 år, som er i psykisk mistrivsel, er i risiko for at udvikle en psykisk lidelse eller med begyndende symptomer på en psykisk lidelse.

En faglig arbejdsgruppe med repræsentanter fra tre styrelser (STUK, SBST og (SST) samt Kommunernes Landsforening og Danske Regioner har udviklet seks faglige anbefalinger til implementering af lettere behandling i PPR. Anbefalingerne er et redskab, som kommunerne skal bruge i implementeringen af

lettere behandlingsindsatser i regi af PPR. Fokusområderne i arbejdsgruppens seks anbefalinger fremgår af Boks 1.2. Kommunerne har modtaget implementeringsstøtte fra læringskonsulenter fra STUK med henblik på at styrke implementeringen, herunder implementeringen af de faglige anbefalinger.

Boks 1.2 Temaer i de seks faglige anbefalinger

1. Fokus på, at den samlede tilbudsvifte dækker målgruppens behov
2. Indgang til PPR og faglig vurdering som adgang til lettere behandling
3. Lettere behandling
4. Mål, opfølgning og dokumentation af en lettere behandlingsindsats
5. Samarbejde og koordination på tværs
6. Kompetencer.

Den faglige arbejdsgruppe har desuden udarbejdet et inspirationsmateriale, der blandt andet indeholder forslag til lettere behandlingsindsatser (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020b). Før vi besvarer evalueringens undersøgelsesspørgsmål, giver dette afsnit et nærmere indblik i de børn og unge, der har modtaget en lettere behandlingsindsats, samt af kommunernes valg af behandlingsindsatser.

1.2.1 Karakteristika ved de børn og unge, som har modtaget lettere behandling i regi af PPR

Omkring 1.900 børn og unge har modtaget lettere behandling i projektet. Opstarten af forløbene fordeler sig over flere år. 15 % af forløbene (knap 300 forløb) startede op i 2021, mens hovedparten af forløbene blev igangsat i 2022 (66 %), og de resterende forløb er påbegyndt i 2023 (19 %).

Det typiske barn i lettere behandling er en 12-årig pige med dansk oprindelse. Alderen på de børn og unge, som modtager et lettere behandlingsforløb, spænder fra 6 til 18 år med et gennemsnit på 12 år (svarende til 6. klasse).⁵ Flere piger end drenge (61 %) modtager lettere behandling, og næsten alle er

⁵ For de børn/unge, hvor vi kender opstartsdatoen, er alderen beregnet i det år, de starter med den lettere behandling. For de børn/unge, hvor vi ikke kender opstartsdatoen, er alderen beregnet i 2022.

etnisk danske børn eller unge. Halvdelen har en mor med en videregående uddannelse, hvilket vil sige, at der i høj grad er tale om, at den lettere behandling gives til børn eller unge fra forholdsvis ressourcerstærke hjem⁶ (jf. Figur 1.1).



Anm.: Analyserne er baseret på de knap 1.900 børn og unge, kommunerne har oplyst om modtager eller har modtaget lettere behandling i regi af dette initiativ. Dansk oprindelse vurderes på baggrund af deres oprindelsesland. Til sammenligning var cirka 50 % af børn og unge i alderen 6-18 år i 2022 piger, og 93 % havde dansk oprindelse (Danmark som fødeland). 54 % af alle kvinder i Danmark i alderen 30-54 år havde i 2022 en videregående uddannelse.

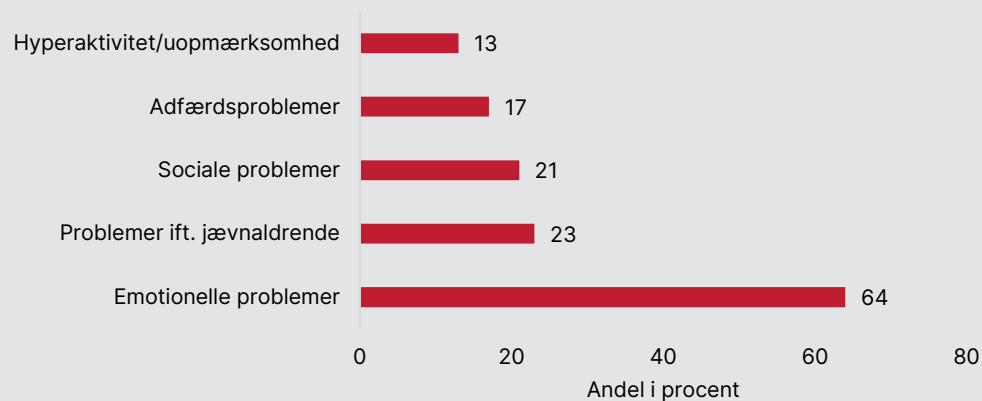
Kilde: VIVE på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

PPR-medarbejderne har i logbøger for det enkelte barn/ung skullet vurdere, i hvor høj grad det enkelte barn/ung har emotionelle problemer, problemer i forhold til jævnaldrende, sociale problemer, adfærdsproblemer og hyperaktivitet/uopmærksomhed. Figur 1.2 viser andelen af unge, hvor PPR-medarbejderen har vurderet, at den pågældende årsag i høj eller meget høj grad ligger til grund for at tilbyde lettere behandling.

⁶ Kun 15 % kommer fra hjem, hvor morens højeste uddannelse er grundskolen eller en ungdomsuddannelse.

Figur 1.2 Hvad ligger til grund for at tilbyde lettere behandling

Figuren viser, hvor stor en andel af børnene og de unge, som PPR-medarbejderen angiver, at den pågældende årsag i høj eller meget høj grad ligger til grund for at tilbyde lettere behandling.



Anm.: Figuren er baseret på logbøger fra PPR-medarbejdere om 1.035 børn og unge.

Kilde: VIVE på baggrund af data fra logbøger.

Det fremgår, at det især er emotionelle problemer, som ligger til grund for at tilbyde lettere behandling. Kun for 13 % af børnene/de unge er det i høj eller meget høj grad hyperaktivitet/uopmærksomhed, der ligger til grund for at tilbyde lettere behandling.

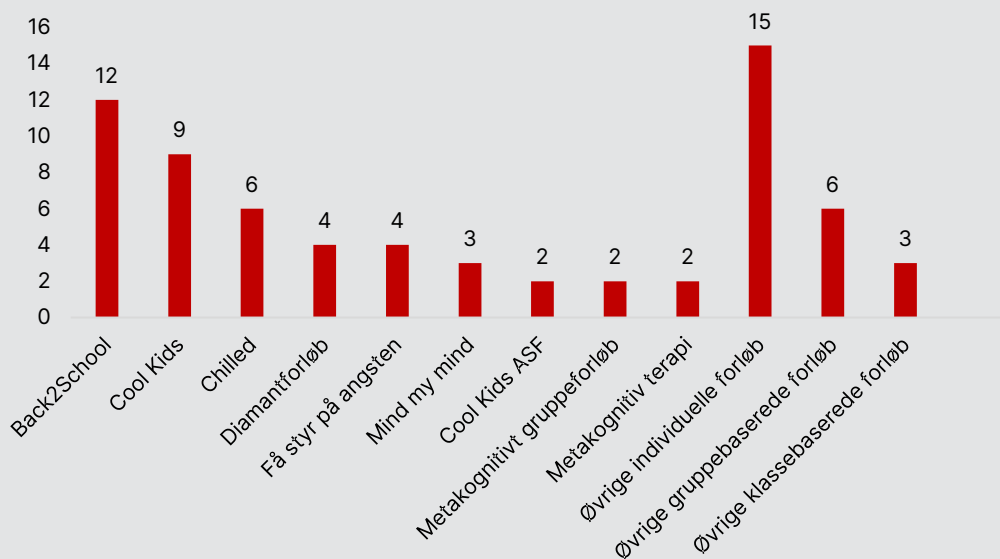
For flere af børnene/de unge er der ikke bare én årsag til, at de bliver tilbudt lettere behandling. For 35 % af børnene/de unge er der to eller flere af ovenstående årsager, som i høj eller meget høj grad ligger til grund for at tilbyde lettere behandling.

1.2.2 Kommunernes indsatser

Kommunerne har tilsammen implementeret 68 indsatser. På tværs af kommuner har flere kommuner arbejdet med de samme indsatser, hvilket fremgår af Figur 1.3.

Figur 1.3 Overblik over kommunernes indsatser

Figuren viser, hvor mange kommuner der har valgt forskellige typer af indsatser.



Kilde: Kodning af kommunernes statusrapporter.

Det fremgår blandt andet, at 12 kommuner har implementeret indsatsen Back2School (også 'Tilbage til Skole'), som har fokus på bekymrende skolefravær, mens 9 kommuner har implementeret Cool Kids, der fokuserer på angst og bygger på principper fra kognitiv terapi og adfærdsterapeutiske metoder.

Omtrent halvdelen af kommunerne har arbejdet med udvikling og implementering af mere end én lettere behandlingsindsats. Det gælder for 17 ud af de 37 kommuner. I de 17 kommuner har 2 kommuner implementeret fem indsatser, og 1 kommune har implementeret fire indsatser. Endelig har 6 kommuner implementeret tre indsatser, mens de resterende 8 kommuner har implementeret to lettere behandlingsindsatser (statusrapporter).

Kommunernes lettere behandlingsindsatser er i overvejende grad udviklet og tilbudt som individuelle forløb, som i mere eller mindre grad involverer forældre/værger. Det gør sig gældende for 36 indsatser, mens de resterende indsatser inkluderer gruppeforløb. Gruppeforløbene kan være klassebaserede indsatser, hvor man arbejder med børnene i deres klassekontekst, eller det kan være gruppebaserede forløb, hvor flere børn behandles sammen. Derudover er langt

hovedparten af indsatsernes målgruppe børn og unge, mens en indsats som 'De Utrolige År' er målrettet forældre eller væрге.

Flere af de kommunale indsatser er evidensbaserede (fx Cool Kids), hvilket betyder, at de har været testet i flere sammenhænge. Der er ikke som sådan et krav om, at de lettere behandlingstilbud skal være evidensbaserede, men de skal ifølge den faglige anbefaling 3 være evidensbaserede. Ifølge arbejdsgruppen bag de faglige anbefalinger betyder det, at det skal være undersøgt, hvad der eksisterer af viden om indsatsen, i forhold til om der er viden om hhv. indsatsens målgruppe, metode, effekt, implementering og økonomi. Anvender kommunerne ikke en evidensbaseret metode, skal de sikre en systematisk udvikling af evidensbaseret praksis, hvor praksis er forankret i den bedste viden, er systematisk beskrevet, er økonomisk rentabel, og som løbende evalueres (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a).

Der er desuden flere indsatser, der er manualbaserede. Det vil sige, at der foreligger en manual for eller en klar beskrivelse af, hvordan et forløb skal tilrettelægges, herunder eksempelvis antallet af sessioner, der skal gennemføres, hvornår og med hvilket indhold. Det gælder blandt andet Cool Kids, Mind My Mind og Back2School. I anbefaling 3 (jf. Boks 1.2) fremgår det, at "der skal være en systematisk beskrivelse af lettere behandlingsindsatser (eksempelvis en manual eller en forløbsbeskrivelse), herunder beskrivelse af målgruppe, metode samt afgrænsning af, hvilke problemstillinger og behov indsatsen skal kunne imødekomme" (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a).

De 37 kommuner fordeler sig på to spor (jf. tekstboks). Spor 1 inkluderer kommuner, som ikke eller kun i mindre

Eksempel: Cool Kids

Videnskabeligt baseret angstbehandlingsprogram, som henvender sig til børn på 7-12 år. Cool Kids er et gruppeforløb, hvor 5-6 jævnaldrende børn, sammen med deres forældre, deltager i 10 sessioner á 2 timers varighed. Cool Kids bygger på principper fra kognitiv adfærdsterapi. Programmet kan både gennemføres som gruppeforløb med børn og forældre, eller individuelt. Forløbet giver børn og deres forældre metoder og strategier, som kan medvirke, at det bliver lettere at håndtere og overvinde angst og bekymringer i hverdagen. (Cool Kids Børne- og ungdomspsykologisk klinik) [Cool Kids Program \(cool-kids.dk\)](http://cool-kids.dk)

Spor 1 og 2

I spor 1 indgår kommuner, som ikke før projektet, eller kun i meget begrænset omfang, tilbød lettere behandling til målgruppen i PPR eller i andet regi. Kommuner i spor 2 tilbød derimod allerede før projektet lettere behandling i PPR eller i andet regi.

omfang har erfaring med at tilbyde lettere behandling til målgruppen, mens spor 2 inkluderer kommuner, som allerede forud for projektet i PPR eller i andet regi (fx under serviceloven) tilbød lettere behandling i et vist omfang til målgruppen. Der indgår 21 kommuner i spor 1 og 16 kommuner i spor 2.

Kommuner i spor 1 har modtaget mere implementeringsstøtte fra læringskonsulenter i STUK, end det er tilfældet for kommuner i spor 2. Implementeringsstøtten kan potentielt påvirke spor 1-kommunernes implementering, ligesom det kan påvirke spor 2-kommunernes implementering, at de allerede har erfaring med lettere behandling. I implementeringsanalyserne nedenfor undersøger vi derfor, om der er forskel for kommuner i hhv. spor 1 og spor 2.

1.3 Analysestrategi, datagrundlag og metoder

Evalueringen bygger på et omfattende datamateriale. Den kombinerer kvantitative og kvalitative metoder og inddrager flere forskellige perspektiver i form af PPR-ledere og -medarbejdere, samarbejdspartnere og forældre. Datagrundlaget er indsamlet, så det giver et så solidt datagrundlag som muligt til at besvare undersøgelsesspørgsmålene. Boks 1.3 giver et overblik over de forskellige datakilder, se Bilag 1 for en uddybning.

Boks 1.3 Undersøgelsens datagrundlag

- **Spørgeskemaundersøgelse** til alle PPR-medarbejdere og -ledere i de 37 kommuner*. 833 har besvaret spørgeskemaet, og svarprocenten er 68. Spørgeskemaet afdækker implementeringen af de faglige anbefalinger, ledelsesunderstøttelse og holdning til lettere behandling i PPR. PPR-medarbejdere og -ledere har knyttet en række kvalitative kommentarer til spørgeskemaet. Disse er blevet **kodet** i forhold til bl.a. oplevelser af PPR's rolle, samt muligheder og udfordringer i implementeringen (se spørgeskema og kodebog Bilag 4).
- **Interview** med PPR-ledere og -medarbejdere samt samarbejdspartnere og forældre i 11 kommuner. I alt er der gennemført interview med 67 personer fordelt på 42 interview. Interviewene berører primært kommunernes implementering samt vurderinger af lettere behandlingsekvenser for børn og unge (se interviewguide Bilag 5 og kodebog Bilag 7).
- **Logbøger**, som er udfyldt for de enkelte børn og unge forud for og efter indsatsen. I alt er 1.544 logbøger blevet udfyldt enten helt eller delvist ved opstarten og 1.286 logbøger ved afslutningen. I logbogen bliver PPR-medarbejderne spurgt ind til konkrete behandlingstilbud for det enkelte barn/unge og barnet/den unges udfordringer. Derudover er der to spørgsmål om barnets trivsel, som skal besvares sammen med barnet/den unge (se logbog Bilag 3).
- **Registerdata.** Vi gennemfører panelanalyser, hvor vi sammenligner bl.a. trivsel og sygefravær blandt 940 børn og unge, der har modtaget lettere behandling, med en sammenlignelig gruppe børn og unge, som ikke har modtaget lettere behandling. Der indgår i alt 400.000 børn og unge i analyserne. De 940 udgør 48 % af de børn og unge, som kommunerne har oplyst om har modtaget et lettere behandlingstilbud i regi af PPR i alt.
- **Statusrapporter.** Kommunerne har afleveret statusrapporter for projektet i 2022 og i 2023. VIVE har kodet disse for at få indblik i oplysninger om bl.a. antallet af børn, der har modtaget indsatser, karakteristika ved indsatserne m.m. (se kodebog i Bilag 6).
- **Puljeregnskaber.** Kommunerne har afleveret puljeregnskaber, der belyser deres omkostninger ved indsatserne. De bruges i den økonomiske analyse.

*En enkelt kommune ønskede ikke at sende mailadresser på alle medarbejdere.

Evalueringen gennemføres som fire sammenhængende delanalyser, hvor de tre første hver besvarer undersøgelsesspørgsmålene 1-3 med afsæt i de seks datakilder. Besvarelsen af undersøgelsesspørgsmål 4 samler op på tværs af de tre undersøgelsesspørgsmål og skitserer anbefalinger til lovende praksis.

I besvarelsen af undersøgelsesspørgsmål 1 (de umiddelbare resultater for børn og unge) indgår for det første en panelanalyse af registerdata (skoletrivsel og fravær samt lægebesøg). Udviklingen blandt de børn og unge, som har

modtaget lettere behandling i regi af PPR følges over tid og sammenlignes med børn/unge, der ikke har modtaget lettere behandling i regi af PPR, men som ellers er sammenlignelige. For det andet foretages en før- og efteranalyse, som undersøger PPR-medarbejdernes vurdering af børnene/de unge, før og efter de modtager lettere behandling, inklusive børnene og de unges egne vurderinger af deres livstilfredshed og ensomhed før og efter et forløb.

Kommunernes implementering (undersøgelsesspørgsmål 2) undersøges primært med afsæt i en spørgeskemaundersøgelse blandt alle PPR-ledere og -medarbejdere i de 37 kommuner og på interview med PPR-ledere og -medarbejdere samt med udvalgte forældre og samarbejdspartnere i 11 kommuner. Desuden inddrages kodning af kommunernes statusrapporter.

PPR-ledere og -medarbejdere

- Vi sondrer ikke mellem PPR-medarbejdernes faglige baggrund i rapporten.
- Vi betragter både PPR-ledere og projektledere i projektet som ledere, da rapportens ledelsesfokus er forandringsledelse, og projektlederne skal bidrage til at drive forandringen.

Undersøgelsesspørgsmål 3 (de økonomiske analyser) baserer sig på logbøgerne sammen med kommunernes puljeregnskaber og statusrapporter.

1.4 Læsevejledning



Rapporten er struktureret i seks kapitler, der i overvejende grad følger de fire undersøgelsesspørgsmål.

Kapitel 3 besvarer undersøgelsesspørgsmål 1, og vi undersøger her de umiddelbare resultater af lettere behandlingsindsatser for børnene og de unge.

Kapitel 4 undersøger kommunernes implementering af lettere behandling og besvarer undersøgelsesspørgsmål 2.

Kapitel 5 sætter fokus på undersøgelsesspørgsmål 3 og kommunernes omkostninger forbundet med implementering af lettere behandling i regi af PPR.

Kapitel 6 sætter fokus på, hvordan ledelse, erfaring og holdning kan understøtte implementeringen.

Kapitel 7 skitserer potentialer for lovende praksis i implementering og udbredelse af lettere behandling og besvarer spørgsmål 4.

2 Resultater af lettere behandling for børn og unge

Dette kapitel giver et indblik i resultaterne af den lettere behandling i PPR for børn og unge i mistrivsel og besvarer undersøgelsesspørgsmål 1.

Kapitlets hovedkonklusioner er listet i Boks 2.1. Overordnet er konklusionen, at når børnenes/de unges trivsel vurderes i samarbejde med PPR, så synes der at være en generel fremgang, men ikke når vi ser på mere objektive eller generelle trivselsmål som fravær og trivsel i skolen målt ved hjælp af den nationale trivselsmåling.



Boks 2.1 Kapitlets konklusioner: resultater for børn og unge

- **Der er sket en positiv udvikling i graden af børnenes/de unges psykiske mistrivsel** baseret på PPR-medarbejdernes vurdering. En lavere andel er i psykisk mistrivsel, og PPR-medarbejderne vurderer i flere tilfælde, at barnet/den unge nu trives.
- **Børnene/de unge har generelt højere livstilfredshed** ved afslutningen end ved opstarten af den lettere behandling i PPR. Andelen med middel eller høj livstilfredshed er steget, mens andelen med lav livstilfredshed er faldet.
- **Børnene/de unge føler sig i lavere grad ensomme** ved afslutningen end ved opstarten af den lettere behandling i PPR.
- Sammenlignet med børn og unge, der ikke har modtaget lettere behandling i regi af PPR, men som ellers ligner dem, der har, **modtager børnene/de unge efter den lettere behandling i gennemsnit færre ydelser fra læger og specialister, og de har et højere antal skolefraværsdage**. Der er overordnet set **ingen ændring i deres trivsel i skolen** på nær i deres sociale trivsel, hvor der er en lille negativ udvikling.

Kapitlet bygger på to forskellige analysedesign, som knytter sig til hver sine data og metoder. Det første analysedesign er en før- og efteranalyse, som undersøger PPR-medarbejdernes vurdering af børnene/de unge, før og efter de

modtager lettere behandling. Det andet analysedesign er en panelanalyse, der bygger på registerbaserede data, hvor udviklingen hos de børn og unge, som modtager lettere behandling, følges over tid og sammenlignes med børn/unge, der ikke har modtaget lettere behandling i regi af PPR, men som ellers er sammenlignelige. De anvendte metoder og data er beskrevet i Boks 2.2 og uddybes i Bilag 1.

Boks 2.2 Data og metode undersøgelsesspørgsmål 1

Før- og efteranalyserne er baseret på logbøger, som PPR-medarbejderne har udfyldt sammen med det enkelte barn/unge ved opstarten af det lettere behandlingsforløb og igen ved afslutningen. I logbogen bliver PPR-medarbejderne bl.a. spurgt til deres vurdering af barnets udfordringer, og der er et spørgsmål om barnets trivsel, som skal besvares sammen med barnet/den unge. Det er disse, som anvendes i analyserne i dette kapitel. Analyserne er baseret på 1.035 børn/unge, hvor der er en udfyldt eller delvist udfyldt logbog både ved den lettere behandlings opstart og afslutning. Vi anvender udelukkende beskrivende analyser baseret på logbøgerne, hvor gennemsnittet for den samme gruppe børn og unge ved behandlings opstart og afslutning sammenlignes.

Panelanalyserne kombinerer oplysninger om de børn og unge, som har modtaget lettere behandling i regi af PPR i 2021 eller 2022, med registerdata. Vi anvender dels beskrivende analyser og analyser, hvor vi følger det enkelte barn/ung over tid, fra årene før han eller hun starter i lettere behandling i 1-2 år efter den lettere behandling. Udviklingen for den enkelte sammenlignes med udviklingen for 'statistiske tvillinger'. Det vil sige en eller flere personer, som ikke har modtaget et behandlingsforløb, men er jævnaldrende, af samme køn og etnicitet, og hvis mor har nogenlunde samme længde af uddannelse. De statistiske tvillinger har også samme niveau af det pågældende udfaldsmål, fx skolefravær, i årene før behandlingsforløbet. Vi udvælger de statistiske tvillinger blandt øvrige børn og unge fra de 37 deltagende kommuner og anvender Coarsened Exact Matching (CEM) til at finde dem. Analyserne foretages på baggrund af i alt 400.000 børn og unge, hvoraf de 940 har modtaget lettere behandling i PPR med opstart i 2021 eller 2022. De 940 udgør 48 % af de børn og unge, som ifølge kommunernes oplysninger har modtaget lettere behandling. Bortfald skyldes særligt, at kommunerne ikke har oplyst en dato for opstart af det lettere behandlingsforløb, men også at CPR-numrene ikke har kunnet kobles med registerdata, eller at opstarten af forløbet lå i 2023, hvorfor der ikke er nogle udfaldsmål tilgængelige at måle på i året efter behandlingen.

Afsnit 2.1 bygger på før- og efteranalyserne, mens afsnit 2.2 tager afsæt i panelanalyserne.

2.1 Udfordringer, livstilfredshed og ensomhed

Analyserne i dette afsnit er baseret på logbøgerne. Vi undersøger dels PPR-medarbejdernes vurdering af børnene/de unges udfordringer målt som niveauet af psykisk mistrivsel, før og efter de har modtaget en indsats, og dels udviklingen i barnet/den unges oplevelse af livstilfredshed og følelse af ensomhed, før og efter de har modtaget en indsats.

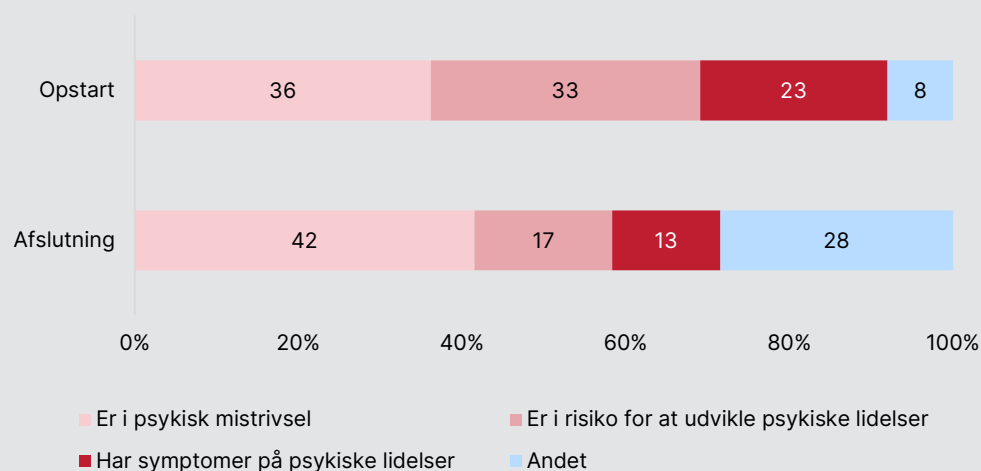
Vi tager afsæt i en indsatstrappe, der sonderer mellem tre niveauer af psykisk mistrivsel og er en del af projektets udgangspunkt (Danmarks Evalueringsinstitut, 2020)⁷. PPR-medarbejderne er både ved behandlingens start og afslutning blevet spurgt om, hvordan de vurderer barnet/den unges udfordringer i forhold til de tre niveauer: 'Er i psykisk mistrivsel', 'Er i risiko for at udvikle psykiske lidelser' og 'Har symptomer på psykiske lidelser'. Psykisk mistrivsel er den laveste grad af udfordring, mens symptomer på psykiske lidelser er den højeste grad af psykisk udfordring.

Figur 2.1 viser fordelingen af PPR-medarbejdernes besvarelser ved opstarten og afslutningen af de enkelte behandlingsforløb.

⁷ Betegnelserne for de tre trin er senere blevet ændret. Indsatstrappen tager afsæt i forskellige indsatser, men i projektet knyttes de forskellige trin til forskellige niveauer af psykisk mistrivsel.

Figur 2.1 Barnets/den unges udfordringer baseret på PPR-medarbejderens vurderinger

Figuren viser graden af børnenes/de unges udfordringer ved behandlings opstart og afslutning. Jo lysere rød farve, jo mindre udfordringer har børnene/de unge, og jo mørkere rød farve, jo højere udfordringer har børnene/de unge.



Anm.: Figuren er baseret på logbøger fra PPR-medarbejdere om 1.035 børn og unge.

Kilde: VIVE på baggrund af data fra logbøger.

Der tegner sig et overordnet billede af, at børn og unges udfordringer er mindsket ved afslutningen af behandlingen baseret på PPR-medarbejdernes vurdering, når vi sammenligner med, hvilke udfordringer de samme børn og unge havde ved starten af behandlingerne (jf. Figur 2.1). Andelen med symptomer på psykiske lidelser er faldet fra 23 til 13 %, mens andelen i risiko for at udvikle psykiske lidelser er faldet fra 33 til 17 %. Begge forskelle er statistisk signifikante. Andelen som "kun" er i psykisk mistrivsel (laveste niveau på indsats-trappen) er omvendt steget signifikant fra 36 til 42 %. Det kan betragtes som positivt, da det indikerer, at flere børn og unge har flyttet sig fra en højere til en lavere grad af psykisk mistrivsel.

Den positive tolkning understreges af, at 20 procentpoint flere har sat kryds i 'Andet', hvoraf ca. halvdelen har uddybet, at barnet eller den unge er i trivsel eller ikke længere har udfordringer, men at han eller hun har det godt. At flere har sat kryds i 'Andet', er derfor et udtryk for, at PPR-medarbejderne oplever en positiv udvikling. Vi kan ikke udelukke, at de positive udviklinger kan skyldes andre forhold end det lettere behandlingsforløb, da vi ikke ved, hvordan børnene og de unge havde klaret sig, hvis ikke de havde modtaget et lettere behandlingsforløb.

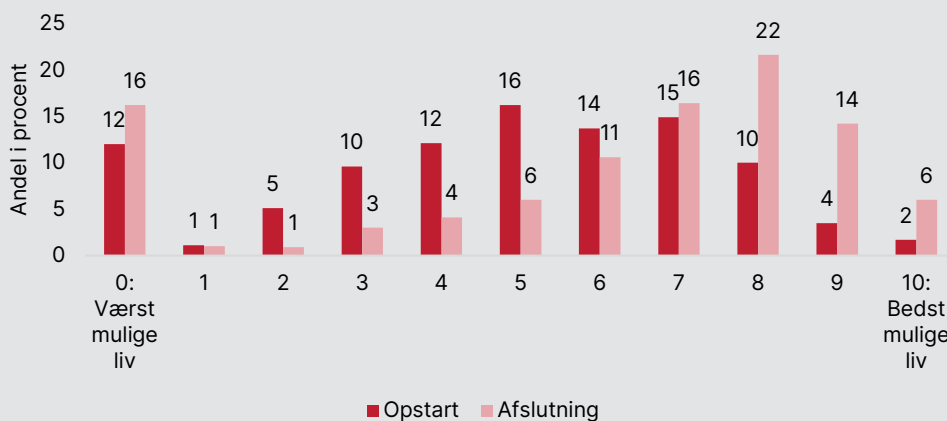
Andelen af børn og unge, som vurderes at have symptomer på psykiske lidelser, er højere i spor 1-kommunerne end i spor 2-kommunerne (27 % versus 20 %). Andelen af børn og unge, som vurderes at have symptomer på psykiske lidelser, er også faldet mere i spor 2- end spor 1-kommuner (55 versus 33 procentpoint) ved afslutning af deres forløb.

2.1.1 Øget livstilfredshed blandt børnene/de unge

Børn og unges livstilfredshed stiger også generelt fra opstart til afslutning (jf. Figur 2.2). De børn og unge, som modtager en lettere behandlingsindsats i regi af PPR, har før og efter indsatsen skullet svare på spørgsmål om deres generelle trivsel, som er brugt i en række tidligere undersøgelser (Cantril, 1965).

Figur 2.2 Børnenes/de unges livstilfredshed på en skala fra 0-10

Figuren viser fordelingen af børnenes/de unges svar på, hvor tilfredse de er med deres liv på en skala fra 0-10 ved opstarten af behandlingen (de mørkerøde søjler) og ved afslutningen (de lyserøde søjler).



Anm.: Figuren er baseret på 801 børn og unge, hvor vi både har en før- og eftermåling.

Kilde: VIVE på baggrund af data fra logbøger.

Omkring 40 % af besvarelserne ligger fra 0 til 4 i opstartsmålingen, mens det kun gør sig gældende for 25 % i den afsluttende måling. Dog er det værd at bemærke, at andelen, som vurderer deres livstilfredshed som værende allerlavest, stiger med 4 procentpoint fra 12 til 16 %. Af disse 16 % (svarende til 130 børn/unge) er knap 60 % børn/unge, som også ved opstarten vurderede deres livstilfredshed til den lavest mulige.

I overensstemmelse med den kategorisering, der anvendes i andre undersøgelser, kategoriserer vi 0-5 som 'lav livstilfredshed', 6-8 som 'middel livstilfredshed' og 9-10 som 'høj livstilfredshed' (Bradshaw et al., 2007; OECD, 2009; Ottosen et al., 2022; Rasmussen et al., 2015).

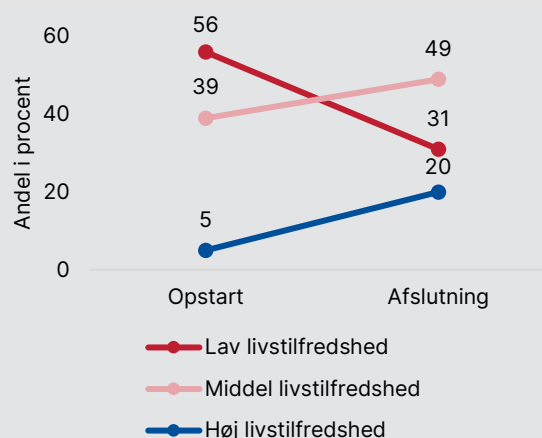
Figur 2.3 viser børnenes/de unges livstilfredshed opdelt på disse tre kategorier. Andelen med middel og høj livstilfredshed stiger markant fra opstart til afslutning, mens andelen med lav livstilfredshed falder.

De børn og unge, som modtager lettere behandling, har både ved opstarten og afslutningen generelt lavere livstilfredshed sammenlignet med et repræsentativt udsnit af børn og unge. Det er forventeligt, idet det er en gruppe af børn og unge, som er særligt udfordrede, men blandt disse er der sket en positiv udvikling fra opstarten til afslutningen. Til sammenligning viser undersøgelsen "Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel i 2022" (Ottosen et al., 2022), at i 2021 havde 33 % af 11-19-årige⁸ 'høj livstilfredshed', 56 % 'middel livstilfredshed', mens godt hver tiende (11 %) havde 'lav livstilfredshed'.

Den positive udvikling i livstilfredshed findes både i kommunerne i spor 1 og spor 2. Ved opstarten har børnene/de unge i de kommuner, som ikke i forvejen tilbød lettere behandling i PPR (spor 1-kommuner) det der svarer til cirka et halvt trins lavere niveau af livstilfredshed sammenlignet med børnene/de unge i kommunerne i spor 2. Til gengæld er der ingen signifikant forskel på børnene/de unge i kommunerne i de to spor ved afslutningen. Her har udviklingen været positiv og signifikant i begge spor. Det betyder også, at der har været en smule større fremgang hos børn og unge i spor 1-end i spor 2-kommuner.

Figur 2.3 Børn/unges livstilfredshed opdelt i tre kategorier

Figuren viser andelen som har hhv. lav, middel og høj livstilfredshed ved opstart og ved afslutning.



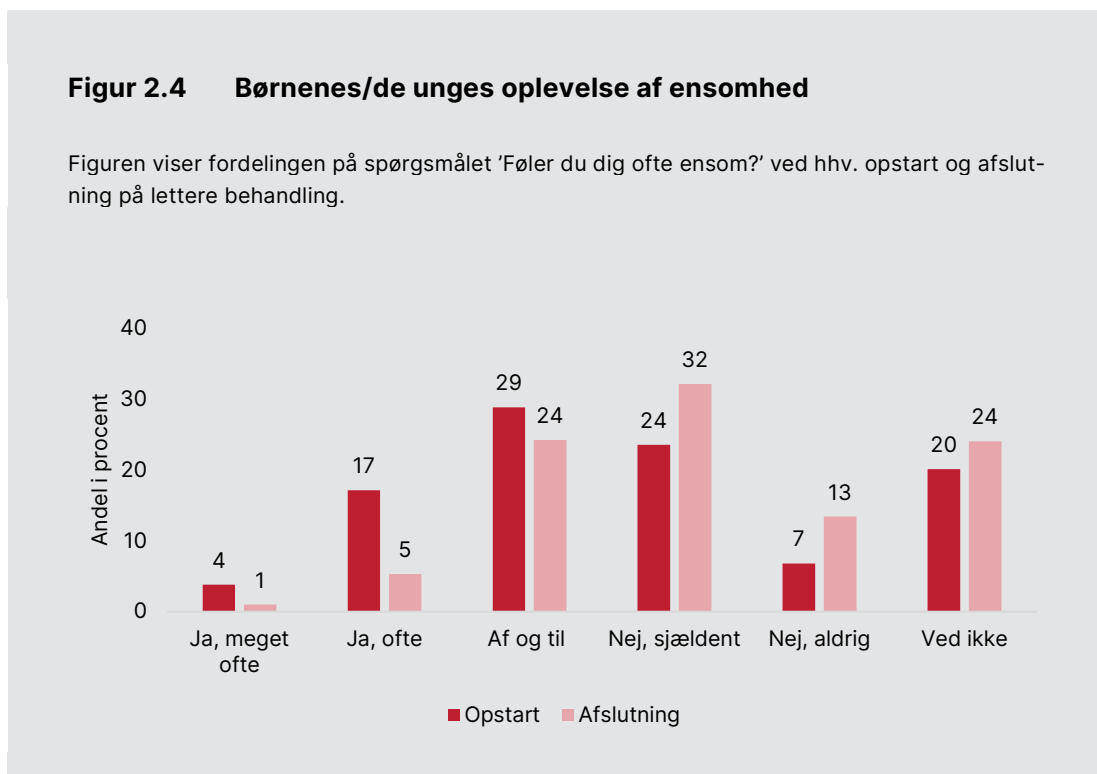
Anm.: Figuren er baseret på 801 børn og unge, hvor vi både har en før- og eftermåling.

Kilde: VIVEs analyser på baggrund af data fra logbøger.

⁸ Baseret på en repræsentativ stikprøve af knap 4.000 børn og unge i alderen 11-19 år.

2.1.2 Mindsket ensomhed blandt børnene/de unge

Generelt føler børnene/de unge sig mindre ensomme ved afslutningen end ved opstarten af den lettere behandling. Det viser Figur 2.4.



Anm.: Figuren er baseret på 872 børn og unge, hvor vi både har en før- og eftermåling. Børnene/de unge er blevet stillet spørgsmålet 'Føler du dig ofte ensom?'. Hertil kunne de svare 'ja, meget ofte', 'ja, ofte', 'af og til', 'nej, sjældent', 'nej, aldrig' og 'ved ikke'.

Kilde: VIVEs analyser på baggrund af data fra logbøger.

21 % af børnene/de unge følte sig ved opstart ofte eller meget ofte ensomme. Denne andel falder signifikant til 6 % ved afslutningen af behandlingen. Derudover stiger andelen som aldrig eller sjældent føler sig ensomme fra 31 % til 45 %. Der er ingen signifikant forskel mellem børnene/de unge i kommunerne i de to spor, når vi ser på andelen, som følte sig ensomme eller meget ensomme ved opstarten. Blandt børnene/de unge i begge spor er der en positiv og signifikant udvikling i andelen, som ofte eller meget ofte føler sig ensomme.

2.2 Skolefravær, trivsel og lægebesøg

Dette afsnit afdækker børnene/de unges udvikling fra året før lettere behandling op til 2 år efter på fem forskellige udfaldsmål, der alle relaterer til børn og

unges trivsel: anvendte ydelser hos læger og specialister, skolefravær, social trivsel, self-efficacy, oplevelse af støtte og inspiration samt skoleglæde.

2.2.1 Anvendelsen af ydelser fra læger og specialister

Anvendelsen af ydelser fra læger og specialister opgør vi på to måder. For det første ser vi på det samlede antal ydelser fra læger og specialister⁹. For det andet ser vi specifikt på ydelser knyttet til psykiatri og psykolog¹⁰. I 2020 modtager børn og unge i lettere behandling i gennemsnit flere ydelser fra læger og specialister end andre børn og unge (se Bilagstabel 2.2). Det er forventeligt, at børn og unge med et behandlingsbehov har et større behov for sundhedsvæsenet. De modtager i gennemsnit i alt otte ydelser fra læger og andre specialister om året mod ca. syv ydelser for andre børn og unge¹¹. Gennemsnitligt er 0,11 af disse ydelser specifikt relateret til psykiatri eller psykolog mod 0,05 for andre børn og unge.

Børn og unge i lettere behandling i PPR oplever ikke samme stigning i antal ydelser knyttet til psykiatri eller psykolog som andre børn og unge. Figur 2.5 viser udviklingen i antallet af ydelser knyttet til psykiatri eller psykolog fra 2 år før behandlingens opstart til året efter blandt de børn og unge, der modtager lettere behandling i PPR, og blandt de børn og unge, der ikke gør, men som har samme køn, alder og etnicitet, mødre med samme uddannelsesniveau og nogenlunde samme niveau af ydelser knyttet til psykiatri eller psykolog fra 2 år før behandlingens opstart.

Den røde linje viser udviklingen for børn og unge, der modtager lettere behandling i PPR, fra året før behandlingen starter (år -1) til det år, hvor behandlingen starter (år 0) og året efter. Linjen viser et næsten konstant niveau i antallet af ydelser hen over perioden. For sammenligningsgruppen (blå linje) ser udviklingen anderledes ud. Frem til år 0 er udviklingen parallel med gruppen i lettere behandling, hvorefter der er en mindre stigning.

Når udviklingen for de to grupper sammenlignes, giver det en samlet virkning på 0,06 færre ydelser for børn og unge, der modtager lettere behandling i PPR (jf. Bilagstabel 2.3). Som figuren viser, skyldes resultatet ikke et stort fald i antal ydelser blandt børn og unge i PPR, men nærmere en fastholdelse af niveauet

⁹ Oplysninger om antal ydelser stammer fra sygesikringsregisteret (SSSY). Registeret indeholder oplysninger om, hvilke ydelser den enkelte person har modtaget under sygesikringen. Ydelserne er kategoriseret efter specialer. Disse specialer refererer til en bestemt type af yder under sygesikringen. Det kan fx være alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, optikere, kirurger, psykologer m.fl., som vi her omtaler som læger og andre specialister. I analyserne er alle ydelser uanset speciale og yder medtaget. Læs mere i Bilag 1.

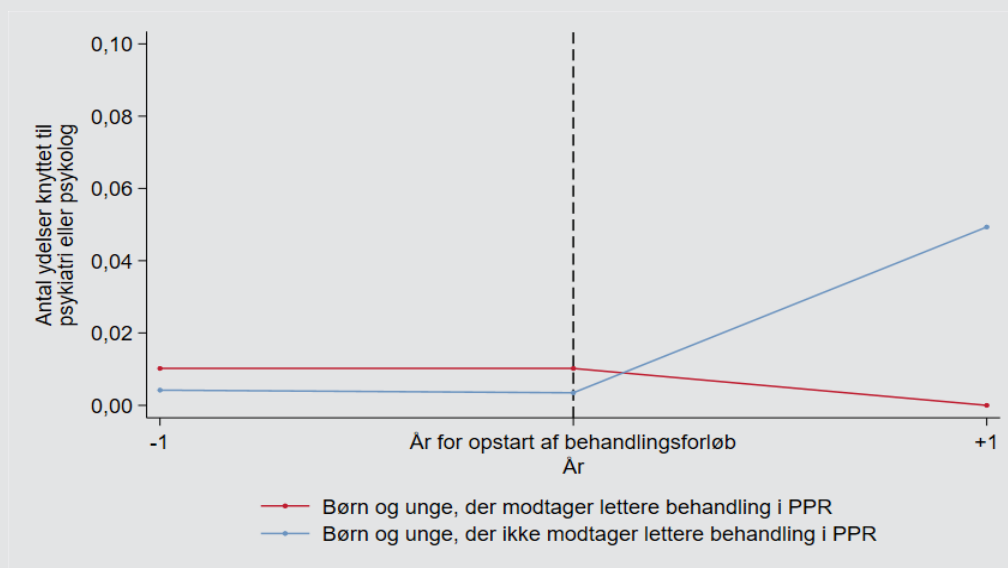
¹⁰ Psykiatri og psykolog dækker over specialerne 'Psykiatri', 'Børnepsykiatri' og 'Psykologhjælp', som refererer til ydertyperne 'Anden speciallæge' og 'Psykologer'.

¹¹ Hovedparten af ydelserne (omkring 80 %) refererer til almen lægehjælp.

fra årene før mod en stigning i sammenligningsgruppen.¹² Et fald på 0,06 ydelser svarer til et fald på 45 % fra niveauet før de lettere behandlinger i PPR påbegyndte (i gennemsnit 0,11) ydelser relateret til psykiatere og psykologer.

Figur 2.5 Udvikling i ydelser knyttet til psykiatri eller psykolog

Udviklingen i antal ydelser knyttet til psykiatri eller psykolog blandt børn og unge, der påbegynder et lettere behandlingsforløb i 2021 (rød linje), og blandt børn og unge i sammenligningsgruppen (blå linje) fra året før opstart af behandlingsforløb (år -1) til året efter (år +1).



Anm.: Analysen bygger på 98 børn og unge, der har modtaget lettere behandling i 2021 (rød linje), og knap 42.000 i sammenligningsgruppen (blå linje). Børn og unge i sammenligningsgruppen er jævnaldrende med de børn og unge, der modtager lettere behandling i regi af PPR, og som i årene forud for behandlingen også har modtaget nogenlunde samme antal ydelser knyttet til psykiatri eller psykolog. Psykiatri og psykolog dækker over specialerne 'Psykiatri', 'Børnepsykiatri' og 'Psykologhjælp', som refererer til ydertyperne 'Anden speciallæge' og 'Psykologer'.

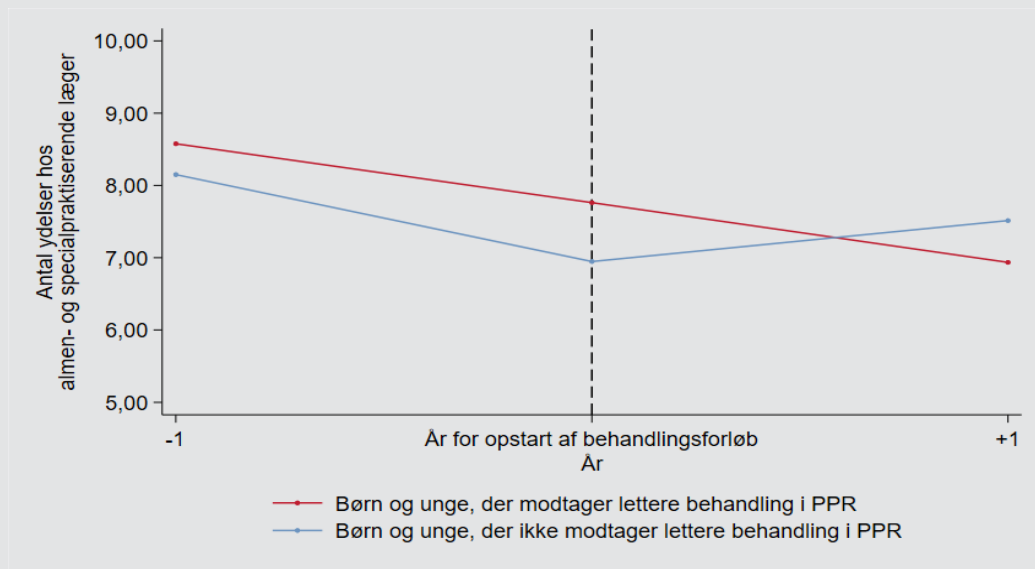
Kilde: VIVE på baggrund af data fra STIL og Danmarks Statistik.

Vi finder desuden, at det samlede antal ydelser, som børn og unge modtager fra læger eller andre specialister (inklusive ydelser knyttet til psykiatri eller psykolog), falder for børn og unge, som modtager lettere behandling (jf. Figur 2.6). Børn og unge i sammenligningsgruppen har nogenlunde samme niveau i antal ydelser. Blandt de børn og unge, der modtager lettere behandling, sker der et fald på ca. 1,4 ydelse (fald på 17 % sammenlignet med ydelser i 2020). Dette fald er dog kun marginalt statistisk sikkert (jf. Bilagstabel 2.3).

¹² Det er værd at understrege, at børn og unge i lettere behandling i PPR her er parret med jævnaldrende børn og unge, som i årene forud for behandlingen også har modtaget nogenlunde samme antal ydelser fra psykologer eller psykiatere, og at det er derfor, at niveauerne er så ens i årene før behandlingen.

Figur 2.6 **Udvikling i anvendelsen af antal ydelser hos læger og specialister**

Udviklingen i antal ydelser hos almen- og specialpraktiserende læger blandt børn og unge, der påbegynder et lettere behandlingsforløb i 2021 (rød linje), og børn og unge i sammenligningsgruppen (blå linje) fra året før opstart af behandlingsforløb (år -1) til året efter (år +1).



Anm.: Analysen bygger på 97 børn og unge, der har modtaget lettere behandling i PPR i 2021 (rød linje), og cirka 35.000 i sammenligningsgruppen (blå linje). Børn og unge i sammenligningsgruppen er jævnaldrende med de børn og unge, der modtager lettere behandling i regi af PPR, og som i årene forud for behandlingen også har modtaget nogenlunde samme antal ydelser hos læger og specialister. Læger og specialister dækker over alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, optikere, kiropraktikere, psykologer m.fl.

Kilde: VIVE på baggrund af data fra STIL og Danmarks Statistik.

Resultatet af analyserne er forbundet med en smule usikkerhed, idet vi ikke kender de enkelte behandlingsforløbs eksakte afslutningsdato. Der kan derfor være børn/unge, der påbegynder et behandlingsforløb i år 0, som først afsluttes i løbet af år 1. Dette kan potentielt have en betydning for, om der sættes andre/nye tiltag i gang for børnene/de unge, hvilket potentielt kan påvirke antal ydelser hos læger og specialister, som ikke vil være så højt.

2.2.2 Skolefravær

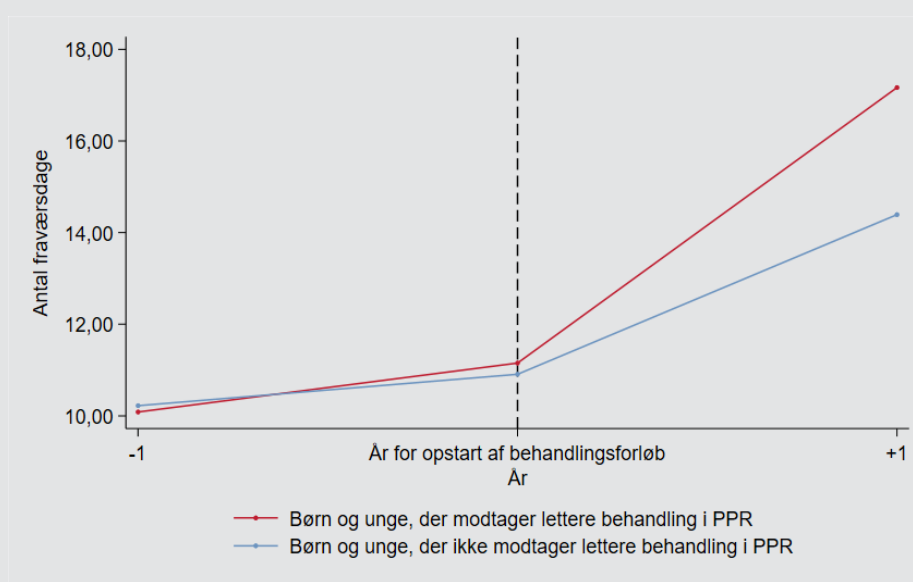
Tidligere undersøgelser finder en sammenhæng mellem fravær og trivsel (Kristensen et al., 2020), og højt skolefravær er en af de vigtigste risikofaktorer for følelsesmæssige problemer (Lomholt et al., 2018). Omvendt kan fraværet også ses som et symptom på udfordringer hos barnet. Vi undersøger derfor skolefravær og anvender elevernes samlede fravær som i flere tidligere undersøgelser, idet der er færre målefejl heri (Kjer et al., 2023; Kristensen et al., 2020).

De børn og unge, som modtager lettere behandling i 2021 eller 2022, har i gennemsnit 12 fraværdsdage i 2020, mens andre børn og unge i de samme kommuner har 9,70 fraværdsdage i 2020 (jf. Bilagstabel 2.2).

Børn og unge, som har modtaget lettere behandling, har desuden højere skolefravær efter endt forløb (jf. Figur 2.7).

Figur 2.7 Udvikling i skolefravær

Figuren viser udviklingen i antal fraværdsdage blandt børn og unge, der påbegynder et lettere behandlingsforløb i 2021 (rød linje) og blandt børn og unge i sammenligningsgruppen (blå linje) fra året før opstart af behandlingsforløb (år -1) til året efter (år +1).



Anm.: Analysen bygger på 118 børn og unge, der har modtaget lettere behandling i PPR i 2021 (rød linje), og knap 30.000 i sammenligningsgruppen (blå linje). Børn og unge i sammenligningsgruppen er jævnaldrende med de børn og unge, der modtager lettere behandling i regi af PPR, og som i årene forud for behandlingen også har haft nogenlunde samme antal fraværdsdage. Fraværdsdage opgøres inden for et kalenderår.

Kilde: VIVE på baggrund af data fra STIL og Danmarks Statistik.

Antallet af fraværdsdage stiger fra omkring 10 dage i året før behandlingsopstart til ca. 17 dage i året efter opstarten på lettere behandling. For sammenligningsgruppen, som er jævnaldrende med de børn og unge, der modtager lettere behandling i regi af PPR, og som i årene forud for behandlingen også har haft nogenlunde samme antal fraværdsdage, sker der ikke samme grad af stigning. De børn og unge, der modtager lettere behandling i regi af PPR, har

3,3 flere fraværsdage end børn og unge i sammenligningsgruppen (jf. Bilagstabel 2.3)¹³. Resultaterne er forbundet med en smule usikkerhed, da vi ikke kender den eksakte afslutningsdato for børnenes/de unges behandlingsforløb. Hvis et barn/ung påbegynder behandlingen i år 0, men forløbet fortsætter ind i det efterfølgende år, vil selve deltagelsen i behandlingen, som formentlig foregår i skoletiden, påvirke barnets/den unges antal fraværsdage.

2.2.3 Trivsel i skolen

Vi anvender fire forskellige mål for børn og unges trivsel i skolen, som alle kommer fra den nationale trivselsmåling for elever i 4. til 9. klasse: social trivsel¹⁴, oplevelse af støtte og inspiration¹⁵, self-efficacy¹⁶ og skoleglæde¹⁷.

Der er generelt en begrænset forskel på børn og unge, der modtager lettere behandlinger, og andre børn og unge i de deltagende kommuner i forhold til alle trivselsmål (jf. Bilagstabel 2.2). Desuden er det gennemsnitlige niveau af social trivsel, skoleglæde, self-efficacy samt oplevelse af støtte og inspiration forholdsvis højt for både de børn og unge, der har modtaget lettere behandling, og de, der ikke har.

Vi finder ingen sammenhæng mellem lettere behandlingsforløb og børn og unges trivsel i skolen på nær for social trivsel, hvor vi finder en lille negativ sammenhæng (jf. Bilagstabel 2.3). De, der har modtaget lettere behandlingsløb i PPR, har 0,160 af en standardafvigelse lavere social trivsel, hvilket svarer til 0,1 point lavere social trivsel (på skala fra 1-5) sammenlignet med sammenligningsgruppen, som er jævnaldrende med de børn og unge, der modtager lettere behandling i regi af PPR, og som i årene forud for behandlingen også har haft nogenlunde samme niveau af social trivsel. Ar det kun er det ene trivselsmål, hvor vi finder en forskel, kan skyldes flere forskellige forhold, som ikke har noget med indholdet af lettere behandling at gøre. Eksempelvis at de bredere mål for trivsel i skolen, som stammer fra den nationale trivselsmåling, generelt ikke er de bedste til at indfange virkningerne af de lettere behandlingsforløb. Det signalerer fx den indledende beskrivende analyse, hvor børn og unge i lettere behandlingsforløb har samme niveau af skoleglæde og oplevelse af støtte og in-

¹³ Sammenligningsgruppen er her jævnaldrende elever fra de 37 kommuner med samme køn, etnicitet og mors uddannelsesniveau. Børn og unge i sammenligningsgruppen har også samme niveau af skolefravær, i 2 år før behandlingsforløbene blev gennemført, som de børn, der har modtaget lettere behandling i regi af PPR.

¹⁴ Social trivsel er et indeks, som består af spørgsmål til elever om deres opfattelse af tilhørsforhold til skolen, klassen og fællesskabet samt tryk og mobning (Børne- og Undervisningsministeriet, 2016).

¹⁵ Støtte og inspiration er et indeks, som består af spørgsmål om oplevelse af motivation og medbestemmelse samt lærerens hjælp og støtte (Børne- og Undervisningsministeriet, 2016).

¹⁶ Self-efficacy måles ved to spørgsmål i trivselsmålingen. De er: 'Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, hvis du bare prøver hårdt nok?' og 'Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?' (Børne- og Undervisningsministeriet, 2016).

¹⁷ Skoleglæde måles ved et enkelt spørgsmål i trivselsmålingen: 'Er du glad for din skole?'.

spiration som alle andre. Vi er fx også nødsaget til at se på alle typer af behandlingsforløb over ét, og hermed kan vi ikke adskille forløb, som fx specifikt arbejder med mistrivsel i skolen.

3 Implementering af de faglige anbefalinger

Som nævnt ovenfor har en faglig arbejdsgruppe med repræsentanter fra STUK, SBST, SST, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner udarbejdet seks faglige anbefalinger til implementering af lettere behandling i PPR (jf. Boks 1.2). Disse danner baggrund for VIVEs evaluering af kommunernes implementering.

Boks 3.1 Temaer i de seks faglige anbefalinger

1. Fokus på, at den samlede tilbudsvifte dækker målgruppens behov
2. Indgang til PPR og faglig vurdering som adgang til lettere behandling
3. Lettere behandling
4. Mål, opfølgning og dokumentation af en lettere behandlingsindsats
5. Samarbejde og koordination på tværs
6. Kompetencer.

De følgende afsnit er struktureret efter de seks anbefalinger. Hvert afsnit indleder med kort at skitsere den konkrete anbefaling og VIVEs konklusioner på evalueringen af kommunernes arbejde med den pågældende anbefaling.

3.1 Den samlede tilbudsvifte skal dække målgruppen

Lettere behandling er tænkt som et supplement til kommunernes eksisterende tilbudsvifte med fokus på at imødekomme målgruppens behov. En tidligere undersøgelse viser, at PPR-lederne generelt vurderer, at kommunernes tilbudsvifte til børn og unge i psykisk mistrivsel er for begrænset og kun i nogen grad matcher de udfordringer, som børn og unge har (Bjørnholt & Thøstesen, 2021). Det kan derfor være nødvendigt at udvide kommunernes tilbudsvifte.

Arbejdsgruppens anbefaling 1 er, at lettere behandling indgår som en del af kommunernes differentierede tilbudsvifte, der samlet dækker børn og unges behov (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a). I dette afsnit undersøger vi, hvorvidt og hvordan lettere behandling indgår i kommunernes samlede tilbudsvifte.

Anbefaling 1: Tilbudsvifte

Lettere behandlingsindsatser i PPR skal være en integreret del af en strategisk og faglig udvikling af en differentieret kommunal tilbudsvifte, som samlet set dækker de forskellige behov og forskellige grader af problemstillinger, som målgruppen har.

Boks 3.2 Om kommunernes tilbudsvifte dækker målgruppen

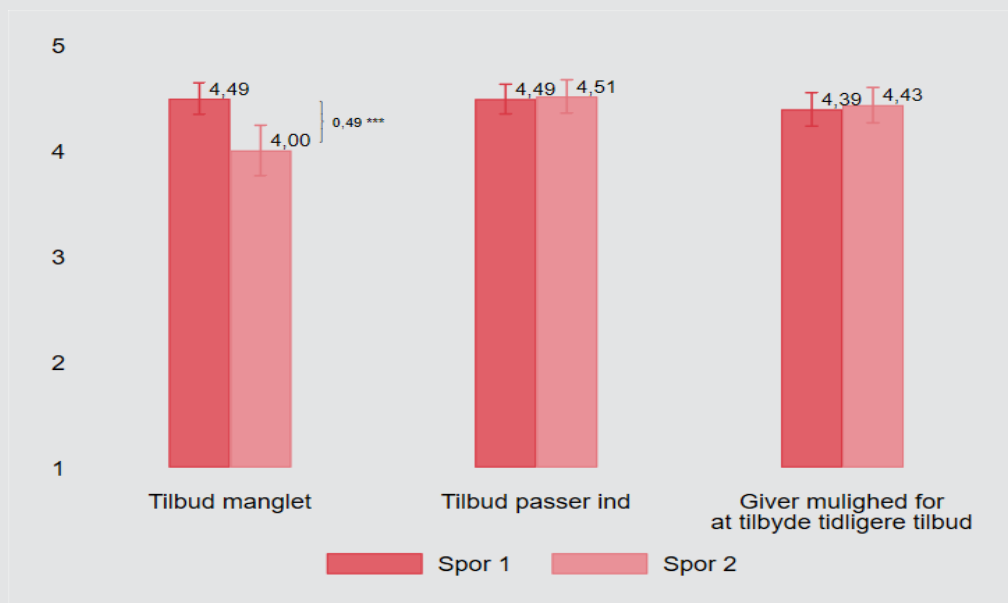
- PPR-ledere og -medarbejdere vurderer, at lettere behandling **passer godt ind i kommunernes samlede tilbudsvifte og har manglet** i kommunerne. Den positive vurdering af lettere behandling hænger sammen med PPR-ledere og -medarbejders oplevelse af mulighederne for at tilbyde en tidligere indsats til børn og unge og **imødekomme behov hos målgruppen**, som ikke indfanges i de eksisterende tilbud.
- **Det varierer, hvorvidt kommunerne implementerer lettere behandling som en del af den strategiske og faglige udvikling i PPR.** I en udviklingsperiode kan det være vanskeligt at integrere projektet strategisk og fagligt, og efter projektet varierer det, hvorvidt kommunerne fortsætter med at tilbyde lettere behandling i regi af PPR og i hvilken form. En række PPR-medarbejdere angiver en bekymring for, at lettere behandling bliver "endnu et udviklingsprojekt", som ikke gives tid til forankring.

3.1.1 Lettere behandling i den samlede tilbudsvifte

Figur 3.1 viser, at der er en bred enighed om, at lettere behandlingsindsatser har manglet i den samlede kommunale tilbudsvifte (gns. 4,3). Det bør dog understreges, at det alene er de PPR-ledere og -medarbejdere, som indgår i projektet, der har svaret på spørgsmålene i Figur 3.1.

Figur 3.1 Vurdering af behov for lettere behandling på tværs af spor

Gennemsnit.



Anm.: 'I hvilken grad er du enig/uenig i følgende udsagn: Det at arbejde med lettere behandling i regi af PPR er noget, som...': 'Har manglet i kommunens samlede tilbudsvifte?', 'Passer godt ind i kommunens samlede tilbudsvifte i forhold til at dække behovene blandt 6-18-årige børn og unge i eller med risiko for at udvikle psykisk mistrivsel?', 'Giver mulighed for at tilbyde et tidligere tilbud til børn og unge i eller med symptomer på psykisk mistrivsel.'

Note: n(Spor 1) = 108-109. n(Spor 2) = 90-91. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$. Svarkategorier fra 1 'Helt uenig' til 5 'Helt enig'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

PPR-ledere og -medarbejdere vurderer i mindre grad, at lettere behandling mangler i kommunens tilbudsvifte, hvis de kommer fra en kommune med erfaring med lettere behandlingsindsatser. Figur 3.1 viser således en statistisk signifikant forskel på kommuner i spor 1 og spor 2. PPR-ledere og -medarbejdere fra kommuner i spor 2, der allerede tilbyder lettere behandling til projektets målgruppe, er i gennemsnit mindre enige i, at lettere behandlingsindsatser har manglet i kommunens samlede tilbudsvifte. Det tyder på, at arbejdet med lettere behandlingsindsatser dækker et hul i tilbudsviften. Vi kan dog ikke på baggrund af data entydigt konkludere, at dette er tilfældet.

Case: Brønderslev Kommune

I Brønderslev Kommune har man oplevet at få udfyldt et hul med tilbuddet Move Your Mind. Målgruppen kan som udgangspunkt ikke få hjælp i psykiatrien, og skolerne har ikke de rette kompetencer til at afhjælpe problemstillinger i forbindelse med ængstelse, begyndende depression eller selvskade. De faglige anbefalinger har tilskyndet et fokus på løbende systematisk tilpasning af tilbuddets relevans og effekt i forhold til målgruppen. Det bidrager til, at PPR hele tiden har et tilbud, som matcher behovet hos kommunens børn og unge.

Flere interviewpersoner forklarer, at lettere behandling giver mulighed for at nå nogle flere børn, end PPR kan i de eksisterende tilbud, og at PPR med lettere behandling kan imødekomme børnenes udfordringer tidligere og måske endda inden udfordringerne vokser sig for store. Citatet nedenfor er et eksempel på en PPR-medarbejder, der netop angiver, at lettere behandling kan bidrage til at indfange en bredere målgruppe end de eksisterende behov og sikre en tidligere indsats.

Jeg synes, at det er yderst relevant, at PPR får mulighed for at tilbyde lettere behandling. Jeg mener, at PPR har nogle helt særlige forudsætninger for at finde børn i målgruppen for behandling. Fordi vi jo kender børnene bedre. Med lettere behandling får vi mulighed for at sætte ind tidligere, og vi kan bedre hjælpe de børn, som viser tegn på mistroivsel, men ikke ellers fanges i vores system.
(PPR-medarbejder, interview)

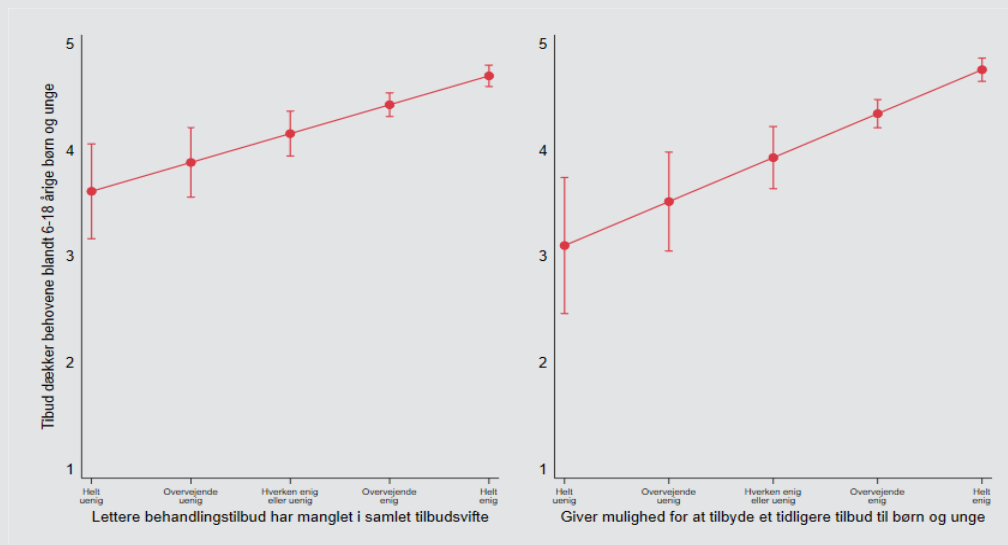
Det understreges også i Figur 3.1. Her fremgår det, at PPR-ledere og -medarbejdere vurderer, at lettere behandling giver mulighed for at tilbyde et tidligere tilbud til børn og unge i eller med symptomer på psykisk mistroivsel. Der er også en bred enighed om, at lettere behandling passer godt ind i kommunernes samlede tilbudsvifte i forhold til at dække behovene blandt 6-18-årige børn og unge i eller med risiko for at udvikle psykisk mistroivsel. Det tyder på, at lettere behandling er integreret i den kommunale tilbudsvifte og understøtter, at kommunerne bedre kan imødekomme målgruppens behov.

PPR-ledere og -medarbejdere mener i højere grad, at lettere behandling passer ind i kommunernes tilbudsvifte og tilgodeser målgruppens behov, hvis de oplever, at de kan tilbyde en tidligere indsats, og at et sådant tilbud har mangel i kommunen¹⁸. Det fremgår af Figur 3.2.

¹⁸ Vurderingen af, om lettere behandling passer godt ind i kommunens samlede tilbudsvifte og dækker målgruppens behov, er omvendt ikke afhængig af en række forhold; herunder hvilken rolle man har i projektet, hvilken efterspørgsel man oplever, og hvilket spor kommunen er i.

Figur 3.2 Vurdering af lettere behandling

OLS-regression.



Anm.: 'I hvilken grad er du enig/uenig i følgende udsagn: Det at arbejde med lettere behandling i regi af PPR er noget, som...': 'Har manglet i kommunens samlede tilbudsvifte?', 'Passer godt ind i kommunens samlede tilbudsvifte, i forhold til at dække behovene blandt 6-18-årige børn og unge i eller med risiko for at udvikle psykisk mistrivsel?', 'Giver mulighed for at tilbyde et tidligere tilbud til børn og unge i eller med symptomer på psykisk mistrivsel.'

n = 198. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Der er kontrolleret for alder, antal år i stilling og uddannelse. Konfidensintervaller = 95 %.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Projektet er puljefinansieret via satspuljemidlerne (jf. afsnit 1.2) og er dermed et udviklingsprojekt. At integrere lettere behandling som en del af en strategisk og faglig udvikling i PPR kan betragtes som en ambitiøs anbefaling i en udviklingsperiode. I interview og kommentarer i spørgeskemaet giver flere PPR-medarbejdere da også indtryk af, at det udfordrer det mere langsigtede og strategiske perspektiv på lettere behandling, at det er et udviklingsprojekt. Citatet nedenfor er en kvalitativ kommentar i spørgeskemaet og er et eksempel på, at lettere behandling i PPR kan opleves som (endnu) et nyt projekt, som introduceres, men ikke fastholdes i forhold til at sikre tid til forankring:

Det skal indarbejdes, at man ikke hele tiden skal "lave om" i børneungesektoren, men finde ud af – i ro og mag – med køligt overblik – hvilke indsatser der rent faktisk virker – inden man sætter en ny, smart ("evidensbaseret") model i gang. Som det er nu, når "systemet" slet ikke at vænne sig til "den sidste nye model", inden den næste er under opsejling. (PPR-medarbejder, kommentar til spørgeskema)

Tilsvarende forklarer interviewpersoner fra fem kommuner yderligere, at denne tendens forstærkes af, at deres kommune stopper lettere behandling efter projektets udløb – ikke fordi kommunerne ikke har positive erfaringer med lettere behandling, men fordi kommunerne ikke har økonomi til at fort-

Anbefaling 2: Indgang

- Der skal sikres en tydelig og let indgang til PPR for fagprofessionelle og i relevant omfang børn, unge og deres familier samt sikres kendskab til PPR's virke, placering og indsatser.
- Adgangen til lettere behandling skal foregå ved visitation baseret på en systematisk faglig vurdering afstemt efter barnet/den unges behov med brug af standardiserede og vidensbaserede redskaber.
- Der skal sikres en systematisk procedure for en smidig adgang til lettere behandling i PPR, relevant faglig vurdering, løbende opfølgning og viderehenvielse ved behov.

sætte indsatserne. De vurderer, at lettere behandling derfor ikke forankres i kommunernes strategiske og faglige udvikling, men at der i stedet sættes fokus på at søge nye midler til nye projekter. Vi har ikke i hverken interview eller spørgeskemaet spurgt direkte ind til den strategiske og faglige integration af lettere behandling i PPR, og at flere PPR-medarbejdere giver udtryk for en bekymring for manglende forankring tyder på, at de oplever det som vigtigt.

Kodning af statusrapporterne viser, at enkelte kommuner fortsætter med at tilbyde lettere behandling i regi af PPR, mens andre helt stopper. Hovedparten af kommunerne tilpasser imidlertid indsatserne. Det sker fx ved at reducere i antallet af medarbejdere i PPR, der arbejder med lettere behandling, ved at lade social-

rådgivere overtager opgaver fra kommunens PPR-psykologer, ved at fortsætte dele af projektet eller ved at reducere i antallet af sessioner med børnene og de unge. Vi kan imidlertid ikke på baggrund af statusrapporterne vurdere, hvorvidt lettere behandling er integreret som en del af en strategisk og faglig udvikling af en differentieret kommunal tilbudsvifte.

3.2 Indgang til PPR og lettere behandling

Det andet tema i de faglige anbefalinger vedrører indgangen til PPR og til lettere behandling. Den faglige anbefaling består af tre elementer: 1) de fagprofessionelles kendskab og indgang til PPR, 2) systematisk visitationspraksis i forhold til børnene og de unges behov og 3) systematiske procedurer for opfølgning (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a). Det handler i bund og grund om opsporing af børn og unge i målgruppen i forhold til dels at etablere kontakt til målgruppen, og dels identifikation af børn og unge i målgruppen. Det er afsættet for dette afsnit, som undersøger, hvordan kommunerne identificerer børn og

unge i målgruppen, og hvilke redskaber kommunerne bruger til at vurdere, om børnene og de unge skal have tilbudt en lettere behandlingsindsats.

Boks 3.3 Hovedkonklusioner: Indgangen til lettere behandling

- **Lettere behandling synes til en vis grad at bidrage til, at fagprofessionelle samt børnene og deres familier har kendskab og let adgang til PPR.** Det er typisk lærere, pædagoger og andre kontaktpersoner, der henviser de relevante børn og unge til PPR og i nogen grad forældrene.
- **PPR-ledere og -medarbejdere vurderer, at der har været stor efterspørgsel efter lettere behandling,** og over halvdelen vurderer, at der er for mange børn og unge i målgruppen i forhold til antallet af lettere behandlingsforløb, som kommunen kan tilbyde.

3.2.1 Identifikation af børn og unge i målgruppen

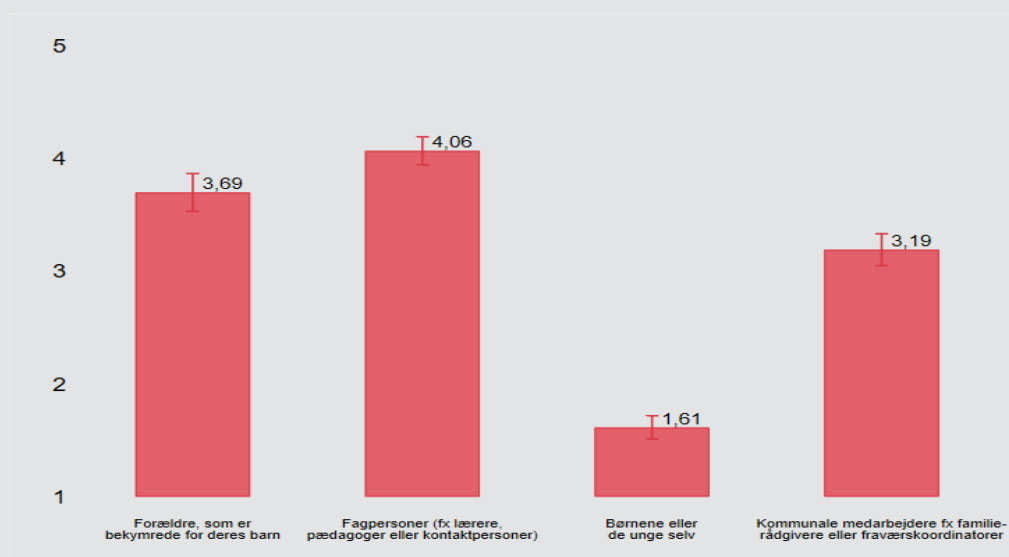
En vigtig del af lettere behandling er at identificere tidlige tegn på mistrivsel, så man kan sætte tidligt ind med tilbud for at forebygge, at barnet/den unge udvikler psykisk mistrivsel eller lidelse. Fagpersoner i børnenes/de unges miljø skal derfor have faglig viden om tidlige tegn på mistrivsel samt kompetencer til at handle herpå. Dette kræver, at de fagprofessionelle har viden om PPR og tilhørende tilbud.

Det fremgår også af Figur 3.3, at PPR typisk får kontakt til de relevante børn og unge via fagpersoner. PPR-ledere og -medarbejdere angiver i signifikant højere grad, at fagpersoner er den mest udbredte måde, hvorpå de får kontakt til børn/unge, sammenlignet med både forældre, kommunale medarbejdere og børnene selv¹⁹. Figur 3.3 viser også, at henvendelser fra forældre, der er bekymrede for deres børn, også spiller en central rolle. Det vidner om vigtigheden af at udbrede kendskabet om PPR til fagprofessionelle i barnet/den unges miljø og blandt forældre.

¹⁹ Der er ingen statistisk signifikant forskel på de to spor.

Figur 3.3 Kontakt til børnene/de unge

Gennemsnit.



Anm.: 'Hvordan får I typisk kontakt til de børn/unge, der er relevante for lettere behandling? Vi får ofte kontakt med børnene/de unge på baggrund af...': 'Forældre, som er bekymrede for deres barn?', 'Fagpersoner (fx lærer, pædagoger eller kontaktpersoner), som henvender sig om børn/unge, de er bekymrede for?', 'Henvendelse fra børnene/de unge selv?', 'Henvendelse fra øvrige medarbejdere i den kommunale forvaltning, fx familierådgivere eller fraværskoordinatorer?'

n = 187-193. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Svarkategorier fra 1 'Slet ikke' til 5 'I meget høj grad'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Ledere og medarbejdere i PPR vurderer desuden, at lettere behandling i nogen grad har givet de fagprofessionelle omkring børnene samt børnene og deres

familier lettere adgang til PPR. Det fremgår af Figur 3.4. Resultatet understøtter projektets formål om sikre et kendskab til PPR samt en tydelig og let indgang for fagprofessionelle og i relevant omfang for børn, unge og deres familier (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a).

Eksempel på let indgang

Frederiksberg Kommune oplever i forbindelse med de visiterende samtaler, særligt via forældrehenvendelser, at få kendskab til børn og unge med udfordringer, som ikke tidligere blev opdaget. Det giver mulighed for at tilbyde dem forløb eller hjælpe dem videre i systemet, tidligere end de ellers havde haft mulighed for. Processen opleves dog som tidskrævende, da den afføder mange afledte opgaver ud over den lettere behandling.

Figur 3.4 Oplevelse af lettere indgang til PPR



Anm.: 'I hvilken grad er du enig/uenig i følgende udsagn: Det at arbejde med lettere behandling i regi af PPR er noget, som...': 'Giver en lettere indgang til PPR for de fagprofessionelle?', 'Giver en lettere indgang til PPR for børnene og deres familier?'

n = 195. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Svarkategorier fra 1 'Helt uenig' til 5 'Helt enig'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Interviewene understøtter ikke umiddelbart, at der med lettere behandling er sket en lettere indgang til PPR end tidligere. Interviewpersonerne vurderer generelt, at det altid har været uproblematisk at komme i kontakt med PPR, idet blandt andre forældre og skoler kan ringe direkte til PPR. Deres vurdering er derfor, at lettere behandling ikke har ændret på adgangen til PPR. Der er imidlertid også eksempler på, at implementering af lettere behandling har givet PPR kendskab til udfordrede børn og unge, som ikke tidligere var en del af PPR.

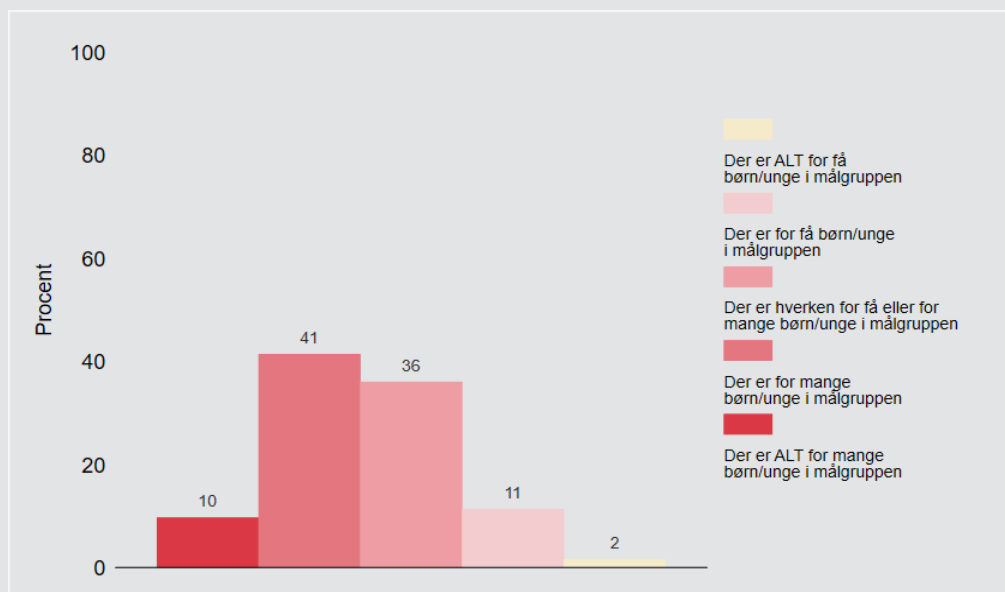
Enkelte interviewpersoner i PPR forklarer i forlængelse heraf, at de har haft behov for at arbejde mere aktivt med indgangen til lettere behandling, da der var for mange, som blev henvist til lettere behandling:

Vi har gjort rigtig meget ud af den her indgang, fordi vi oplevede, at der i starten kom rigtig mange ..., som ikke matchede målgruppen.

I tråd hermed fremgår det af Figur 3.5, at 51 % af PPR-ledere og -medarbejdere i spørgeskemaet angiver, at der er for mange eller alt for mange børn og unge i målgruppen i forhold til antallet af lettere behandlingsforløb, som kommunen kan tilbyde.

Figur 3.5 Efterspørgsel efter lettere behandlingstilbud

Procent.



Anm.: 'Hvordan oplever du, at efterspørgslen efter lettere behandlingstilbud har været?'

n = 186. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

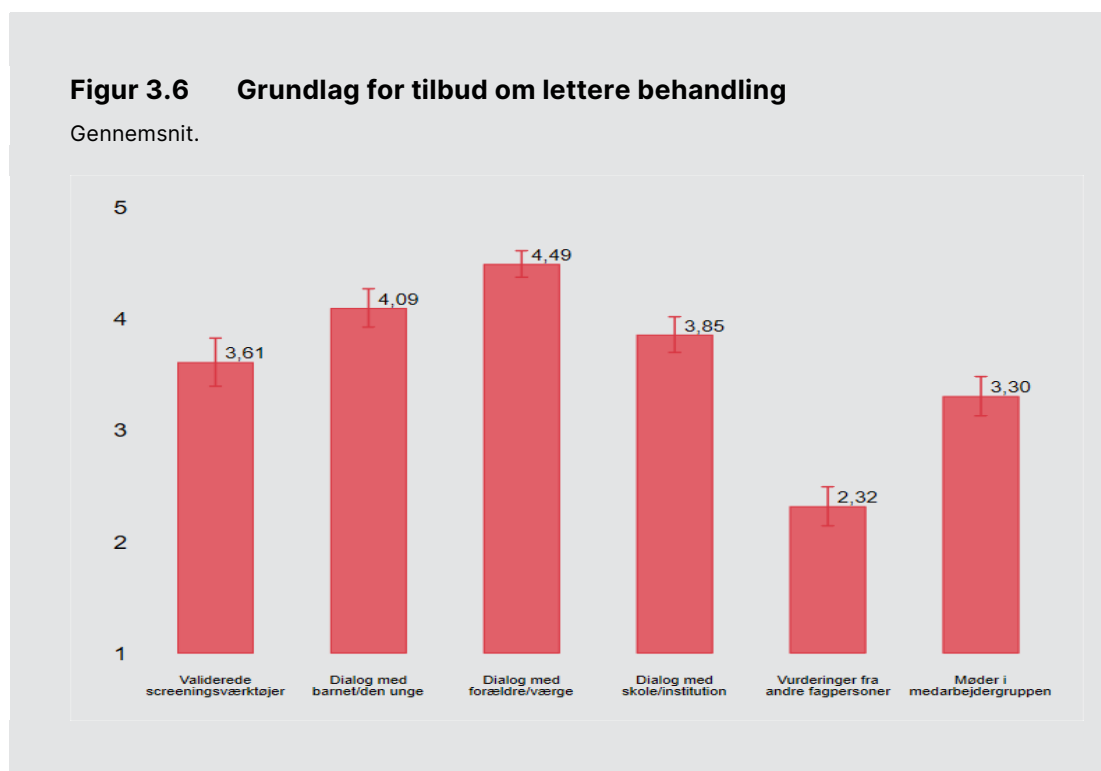
En grundlæggende bekymring, der kommer til udtryk blandt flere medarbejdere i PPR, er desuden, at mange børn og unge har for svære udfordringer til at indgå i lettere behandling, og til at de kan få hjælp i PPR:

En af vores store udfordringer er, at de børn/unge, vi typisk får kontakt med i PPR, de har det allerede så dårligt eller er allerede så belastede (socialt), at de ikke er velfungerende nok til at indgå i et projekt lettere behandling (fx Cool Kids eller andre angstbehandlingsgrupper), fordi de ikke har ressourcerne til det eller har for mange andre problemer eller for lidt hjemmeopbakning.
(PPR-medarbejder)

Jeg oplever, at PPR spiller en vigtig rolle i behandlingen af børn og unge, men det er vigtigt at afgrænse skarpere, hvornår noget er lettere behandling, og hvornår det har en alvorlighed, hvor der skal henvises til psykiatrien.
(PPR-medarbejder)

3.2.2 Grundlag for vurdering af adgang

Ifølge de faglige anbefalinger skal udpegningen af børn og unge til lettere behandling baseres på en systematisk faglig vurdering med brug af standardiserede og vidensbaserede redskaber (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a). Figur 3.6 viser, hvilke kilder PPR-ledere og -medarbejdere bruger, når de skal vurdere grundlaget for, at det enkelte barn/den unge skal modtage lettere behandling.



Anm.: 'Hvordan vurderer du/i i PPR, om et barn skal tilbydes en lettere behandling? Det sker på baggrund af':

n = 164-179 besvarelser. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Svarkategorier fra 1 'Slet ikke' til 5 'meget høj grad'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

PPR-ledere og -medarbejdere angiver i overvejende grad, at tilbuddet om lettere behandlingsforløb sker på baggrund af en indledende dialog med forældre/værge, barnet/den unge selv eller barnet/den unges skole eller institution. I stort set alle interview beskriver PPR-ledere og -medarbejdere, at de indledende dialoger er vigtige for at danne sig et indtryk af barnet eller den unge. Dialogerne ses dermed som et supplement til validerede screeningsværktøjer.

PPR-ledere og -medarbejdere angiver da også, at validerede screeningsværktøjer (fx SDQ) i høj grad danner grundlag for tilbuddet om lettere behandling i PPR. De kvalitative interview vidner om, at både PPR-medarbejdere og -ledere

oplever det som en vanskelig og stor opgave at bruge validerede screeningsværktøjer. Det skyldes dels, at de ikke er vant til at arbejde med systematiske data, og dels at de ser en stor værdi i at indgå i dialog med samarbejdspartnere i forhold til at vurdere børnene. Der er imidlertid også eksempler på interviewpersoner, der oplever en synergi mellem systematiske screeninger og samtaler, hvor samtaler kan understøtte tolkning af resultaterne fra screeninger, og screeningerne kan bidrage med nye perspektiver i samtalerne. Det eksemplificeres i nedenstående citat:

Jeg har fået lidt større overflade i forhold til angst og depression og også screening af det. For vi bruger jo screeninger rigtig meget ind i projektet, og det har vi jo knap nok haft fingrene i tidligere i PPR. Der har jeg fået flere redskaber og mere faglig ballast i forhold til at lave de vurderinger, end jeg har haft før... Men jeg synes også, at det giver vigtig viden ind i vores almindelige PPR-arbejde og ... er virkelig gavnligt i samtaleforløbene. Fordi det er med til, at vi også får øje på nogle ting og ... nogle mønstre. Jeg synes faktisk også, at samtaleforløbene bliver meget kvalificerede af den viden, vi har fra vores udredningsarbejde, fordi vi får ny viden.
(PPR-medarbejder)

Den store udfordring synes dog at være, at PPR-medarbejderne ikke altid ved, hvordan de skal bruge data og til hvad, og det er ikke altid tydeligt, hvordan de skal bruge det i screeningsprocessen. Som en medarbejder udtrykker det:

Jeg tænker bare, "hvordan skulle vi bruge det data". Vi prøver bare at vælge de børn derude, ligesom vi plejer. (PPR-medarbejder)

Dette udfoldes yderligere i afsnit 3.4.3.

3.3 Lettere behandlingsindsatser

Anbefaling 3: lettere behandling

Lettere behandling skal tilbydes og tilpasses med afsæt i barnets/den unges behov og problemudvikling og skal i udgangspunktet inddrage barnets/den unges omgivende miljø.

Det er centralt for projektet, at tilbud om lettere behandling tager afsæt i barnets/den unges behov og inddrager deres omgivende miljø. Det kan være i form af forældre, skole, klassekammerater eller andre personer tæt på barnet/den unge. Den lettere behandlingsindsats skal således "gå på to ben" med mulighed for både en individuel lettere behandlingsindsats målrettet det enkelte barn/den unge

og en understøttende indsats i barnet/den unges omgivende miljø (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a). Den tredje faglige anbefaling fokuserer på selve behandlingsindsatserne og mulighederne for at tilbyde og tilpasse indsatser, der passer til børnene/de unge og inddrager deres omgivende miljø²⁰.

Boks 3.4 Hovedkonklusioner anbefaling 3

- **Lettere behandling inddrager børns og unges kontekst** særligt i form af forældre og værger samt relevante institutioner i børnenes og de unges miljø. Inddragelse kan være en stor udfordring for børn og unge med færre ressourcer.
- Medarbejdere og ledere i PPR ser inddragelse af børns og unges omgivende miljø som en naturlig del af deres arbejde. En række interviewpersoner vurderer, at PPR har særlige muligheder i forhold til at koble det individuelle perspektiv på børnene med et bredere fokus på børnenes omgivende miljø.
- **Der kan blandt nogle PPR-medarbejdere spores en bekymring for, at lettere behandling skaber urealistiske forventninger** fra forældre og institutioner i forhold til en mere individfokuseret tilgang og primært ses som en lettere vej ind i psykiatrien.

3.3.1 Inddragelse af børns og unges omgivende miljø

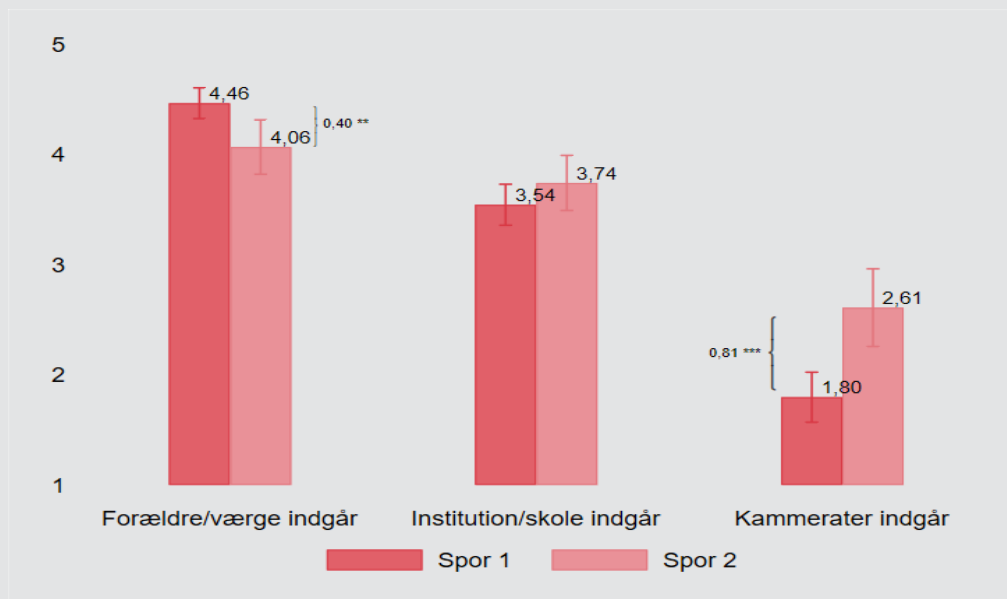
Lettere behandling tager i høj grad afsæt i det enkelte barns/unges behov og udfordringer. Som det allerede fremgår i afsnit 3.2.2, inddrager PPR i høj grad børnene og de unge, når de vurderer, hvilke tilbud der er relevante for det enkelte barn/ung, ligesom de tilpasser indsatserne til det enkelte barn. Desuden finder vi i afsnit 3.4.1, at børnene og de unge i høj grad indgår i formulering af det enkelte barns/unges mål for lettere behandling.

Figur 3.7 viser, at lettere behandling også i høj grad inddrager børnenes og de unges kontekst. Det er primært forældre og værger, som PPR inddrager i de lettere behandlingstilbud til børnene og de unge, men også skoler og institutioner inddrages i betydelig grad.

²⁰ Anbefaling 3 indeholder også et krav om vidensbaseret indsats.

Figur 3.7 Inddragelse af barnets/den unges omgivende miljø i indsatserne

Gennemsnit.



Anm.: 'Hvordan vil du karakterisere den lettere behandling, I tilbyder i jeres kommune?'

Note: n(Spor 1) = 93-100. n(Spor 2) = 79-80. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$. Svarkategorier fra 1 'Slet ikke' til 5 'I meget høj grad'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Særligt de kommuner, som ikke har tidligere erfaring med lettere behandling (spor 1), inddrager forældre og værger sammenlignet med de kommuner, der også før projektet tilbød lettere behandling (spor 2). Forskellen mellem de to spor er statistisk signifikant. Spor 2-kommuner inddrager omvendt i højere grad skoler og institutioner i tilbuddene sammenlignet med kommuner i spor 1. Det sker dog ikke i signifikant højere grad end i spor 1-kommuner. Datamaterialet giver desværre ikke mulighed for at forklare den forskel.

Interviewene og de kvalitative udsagn i spørgeskemaet vidner om, at PPR-ledere og -medarbejdere generelt er meget positive over for inddragelse af børnene og de unges omgivende miljøer, og de ser det som en del af PPR's primære opgaver (se evt. afsnit 5.3), hvilket også understøttes i tidligere undersøgelser af PPR (Eva, 2022). Som en PPR-medarbejder udtrykker det, vil vedkommende "gå langt for at gøre en indsats for at gøre børn og deres forældre mere resiliente, så de undgår at skulle have behandling" (PPR-medarbejders kvalitative kommentar til spørgeskema).

En række interviewpersoner forklarer desuden, at de oplever lettere behandling som en særlig mulighed for at koble det individuelle perspektiv på børnene med et bredere fokus på børnenes omgivende miljø i form af forældre og relevante institutioner. Det kommer blandt andet til udtryk i nedenstående citat, hvor en PPR-medarbejder beskriver, hvordan PPR med lettere behandling har en unik mulighed for at veksle mellem individfokus og kontekstkendskab til blandt andre børn og unges klassekammerater og forældre:

PPR har en unik mulighed for både at have et blik ind i det liv, børn lever i deres familie og dagtilbud/skole. Børn og unge er under udvikling, og de nære voksne i hjem, dagtilbud og skole spiller en afgørende rolle for barnets udviklingsmuligheder. Det er i mine øjne vigtigt, at PPR ikke mister denne unikke position. Samtidig er den viden i mine øjne oplagt at koble med fx behandlingstilbud, og her har PPR en unik mulighed for at veksle mellem individfokus til fokus på/interventioner i klasse miljøet, til vejledning/interventioner i hjemmet afhængigt af, hvad der er behov for i en given sag på et givent tidspunkt. (PPR-medarbejder, kommentar)

De interviewede forældre oplever også stort set alle, at de er blevet hørt og inddraget i forbindelse med lettere behandling. Det gælder både dem selv og deres børn. Enkelte forældre beskriver desuden, hvordan lettere behandling giver en særlig mulighed for, at de og deres børn kan blive hørt og få hjælp efter i lang tid at have forsøgt. Alle forældre beskriver også en stor taknemmelighed over for muligheden. Interviewudsagnet nedenfor er et eksempel på en meget taknemmelig mor, der oplever, at lettere behandling har givet hendes barn en oplevelse af (for første gang) at blive hørt og forstået.

Om jeg så skulle betale penge for det, så gjorde jeg det også. Fordi det har bare betydet så meget for [navn på barn, red.] at komme ind og snakke med hende [navn på PPR-psykolog, red.]. [navn på barn, red.] blev hørt, og [navn på barn, red.] har altid følt, at man ikke forstod [navn på barn, red.], og [navn på PPR-psykolog, red.] forstod alt, [navn på barn, red.] sagde. (Forælder)

I interview og kvalitative kommentarer fra medarbejdere i PPR er der også enkelte eksempler på (15 stk. i alt), at PPR-ledere og -medarbejdere oplever, at tilbud om lettere behandling kan skabe til tider u hensigtsmæssige forventninger fra forældre og institutioner. Det kan eksempelvis være i forhold til, at lettere behandling kan give nogle forældre, pædagoger og lærere en forventning om en mere individfokuseret indsats, hvilket er eksemplificeret i citatet:

Jeg oplever, at den behandlende rolle trækker samarbejdet med forældre og lærere/pædagoger i en uheldig retning, hvor deres for-

ventning til vores rådgivende arbejde bliver individfokuseret snarere end struktur-/systemfokuseret – hvilket er den måde, vi egentlig ønsker at arbejde med rådgivning. (PPR-medarbejder, interview)

I forlængelse heraf er en bekymring blandt nogle PPR-medarbejdere, at lettere behandling skaber en forventning blandt forældre og institutioner om, at lettere behandling er en hurtig genvej til psykiatrien og ikke en tidlig og forbyggende indsats med selvstændig værdi. Det hænger ifølge interview og kvalitative kommentarer sammen med et pres for at sende børn og unge til udredning i psykiatrien. Som det fremgår af citatet nedenfor, kan presset fra forældre og institutioner skyldes, at skolerne er pressede og ikke har ressourcerne til at håndtere de udfordringer, som børn og unge har:

Jeg oplever flere situationer, hvor børn og unge sendes til udredning i psykiatrien, fordi forældre og skole holder fast på, at det er den rette vej at gå. I flere tilfælde tænker jeg, at de voksne omkring barnet bedre ville kunne "udholde uvisheden om, hvorvidt der er en diagnose eller ej", hvis der var flere ressourcer tildelt skolen. Så de havde mere fleksibilitet til at indrette en meningsfuld hverdag for de børn, som har behov for at indgå i mindre fællesskaber end de 25-28 elever, som der kan være i en klasse efterhånden.

(PPR-medarbejder, kommentar)

Enkelte forældre og samarbejdspartnere påpeger desuden, at det kræver ressourcer af familierne at deltage i lettere behandlingsforløb, hvilket kan skabe en vis skævhed i forhold til de forældre, der takker ja til et forløb.

Det kræver faktisk meget af forældrene også, men det er jo fint nok. (...) Jeg synes, det har været lidt hårdt med alle de møder, der har været. Den første måned tror jeg næsten, vi var der to gange om ugen i halvanden time, nogle gange 2 timer. Men altså, vi var jo villige til at gøre hvad som helst. Men hvad gør en enlig mor fx, som ikke har den tid og ressourcer til at gøre en hel masse?

(Forældre, interview)

Projektet kræver noget af familierne. De skal jo også se på sig selv og lukke os ind i deres privatsfære. Det er det ikke alle, der har lyst til. Og så skal de jo arbejde med. Det kræver ressourcer. Så det er primært børn fra ressourcestærke familier, der deltager.

(Samarbejdspartner)

Det generelle billede blandt de interviewede forældre er imidlertid, at de har været glade for tilbuddet, og nogle ønskede endda flere samtaler. Det kan naturligvis hænge sammen med, at de forældre, der deltog i interview, også er relativt ressourcestærke (se evt. bilag 1 for en uddybning).

3.4 Mål, opfølgning og dokumentation af indsatsen

En central del af forsøget er, at kommunerne i samarbejde med børn/unge og deres forældre skal opstille mål for den enkelte indsats samt dokumentere og følge op på indsatserne (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a). Tidligere undersøgelser peger på stor variation i kommunernes dokumentationspraksis (Danmarks Evalueringsinstitut, 2020), og over halvdelen af PPR-lederne angiver i 2021, at PPR ikke indsamler dokumentation for effekten af kommunens tilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel (Bjørnholt & Thøstesen, 2021).

I dette afsnit undersøger vi, hvorvidt og hvordan PPR som en del af lettere behandling har arbejdet med mål, opfølgning og dokumentation. Anbefalingen om mål og dokumentation indeholder tre elementer. De tre elementer skal

hver især understøtte, dels at barnet/den unge får det rette tilbud, der modsvarer vedkommendes behov (jf. også anbefaling 3), og dels at der løbende følges op på, hvorvidt indsatsen (fortsat) er den rigtige for barnet, og/eller om den skal tilpasses. De tre elementer forholder sig til mål, dokumentation og opfølgning. Der skal således opstilles mål for den konkrete indsats sammen med barnet/den unge og forældre, og der skal løbende og med systematisk dokumentation følges op på indsatserne både i forhold til det enkelte barn/den unge og samlet for alle børn og unge, der modtager indsatsen.

Det fremgår i analysen nedenfor, at mange kommuner har været særligt udfordret i forhold til at formulere mål, dokumentere og følge op på indsatserne. Det handler primært om, at

der mange steder ikke er tradition for systematisk arbejde med mål, dokumentation og opfølgning i PPR.

Anbefaling 4: Mål og dokumentation

- Ved iværksættelse af en lettere behandlingsindsats skal der opstilles klare mål for den konkrete indsats, som er opstillet i samarbejde med barnet/den unge og forældrene.
- PPR skal som led i indsatsen kunne sikre systematisk og løbende opfølgning på det enkelte barn/den unge med henblik på vurdering af og evt. tilpasning af indsatsen.
- PPR bør understøtte en tilstrækkeligt systematisk dokumentationspraksis, som kan følge og vise udviklingen hos det enkelte barn/den unge såvel som på aggregeret niveau.

Boks 3.5 Hovedkonklusion anbefaling 4

- **Umiddelbart arbejder PPR-ledere og -medarbejdere systematisk med mål, dokumentation og opfølgning.** De formulerer således mål for det enkelte barn/den unge sammen med barnet/den unge og vedkommendes forældre. De indsamler systematiske data om det enkelte barn ved hjælp af screeningsværktøjer, og de anvender i nogen grad systematiske og nedskrevne data i deres vurdering af, hvorvidt indsatsen for det enkelte barn/ung er den rigtige, eller hvorvidt der er behov for justering.
- Det er imidlertid **en betydelig andel af PPR-ledere og -medarbejdere, som slet ikke dokumenterer eller ikke ved, om det er tilfældet.** Dertil kommer, at over en tiendedel svarer, at de ikke ved, hvad de bruger data til. I interviewene forklarer PPR-ledere og -medarbejdere, at dokumentation har været en stor opgave, der tager tid fra deres arbejde med børnene/de unge. Samtidig er de usikre på, hvad de skal bruge data til, og hvordan det kan understøtte deres arbejde.
- **Kommuner i spor 1, som ikke tidligere har erfaring med lettere behandling, opstiller i højere grad mål og dokumenterer** de enkelte børn og unges udvikling via screeningsværktøjer og sammen med børnene/de unge og deres forældre, end det er tilfældet for kommuner i spor 2, som har tidligere erfaring med lettere behandling.
- Resultaterne tyder på, at **forskellige typer af data anvendes forskelligt.** Data indsamlet via screeningsværktøjer synes at blive brugt til at vurdere eller justere tilbud til det enkelte barn/ung samt som grundlag for en dialog med forældre/værge og kollegaer. Samtaler eller survey med skoler/institutioner synes ligeledes at blive anvendt til at vurdere eller justere tilbud til barnet/den unge, men også som grundlag for en dialog med fagpersoner i barnet/den unges nærmiljø.

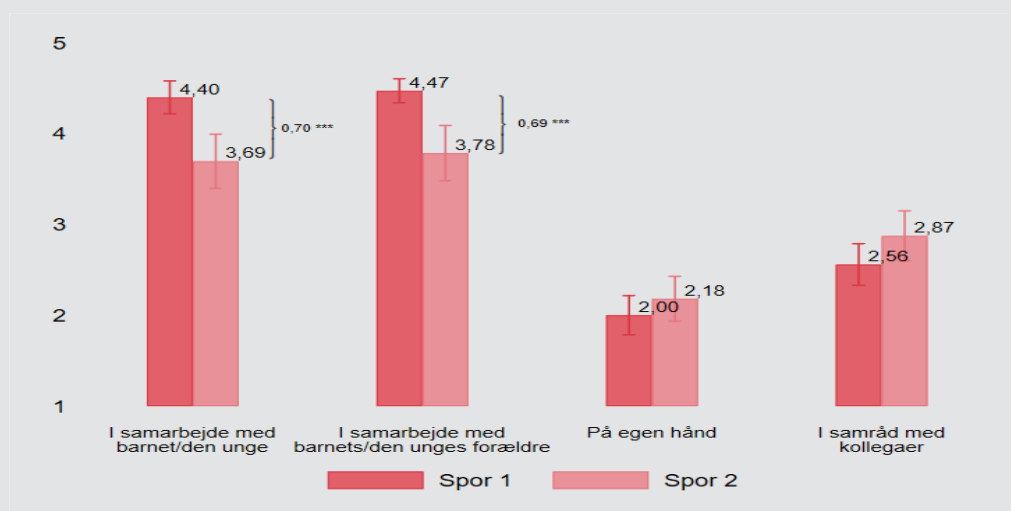
I tråd med den faglige anbefaling afdækker afsnittet kommunernes opstilling af mål for det enkelte barn/den unge, deres dokumentationspraksis og deres anvendelse af data.

3.4.1 Opstilling af mål

Som en del af lettere behandling er tanken også, at klare mål skal være styrende for den samlede indsats til barnet/den uge og indgå som en del af den løbende opfølgning (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a). Samtidig kan involvering af børn og unge samt deres forældre understøtte forældre, børn og unges engagement og tro på, at de kan gøre en forskel (Dyssegaard & Egelund, 2016; Jeynes, 2010, 2012) Det er derfor anbefalingen, at børn og unge samt deres familier inddrages aktivt i formulering af og opfølgning på målene undervejs for derved at understøtte en stærk involvering, ejerskab og motivation (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a).

Figur 3.8 Opstilling af mål for det enkelte barn/ung opdelt på spor

Gennemsnit.



Anm.: 'I hvilken grad har du i forbindelse med den lettere behandling opstillet konkrete individuelle mål for det enkelte barn/ung...'

Note: n(Spor 1) = 85-92. n(Spor 2) = 77-78. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$. Svarkategorier fra 1 'Slet ikke' til 5 'I meget høj grad'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Det fremgår af Figur 3.8, at PPR-ledere og -medarbejdere i høj grad vurderer, at de opstiller konkrete mål for det enkelte barn/unge i samarbejde med barnet/den unge selv og vedkommendes forældre²¹. Det er i særlig grad tilfældet

²¹ 5,76 % angiver, at de slet ikke opstiller mål for det enkelte barn/unge sammen med barnet/den unge, mens 4,7 % angiver, at de slet ikke gør det sammen med barnet/den unges forældre/værge.

for kommuner i spor 1 og i mindre grad tilfældet for kommuner i spor 2. Forskellen mellem spor 1 og 2 er statistisk signifikant.

En kommunes beskrivelse af deres udfordringer med dokumentation

Anbefalingen om dokumentation vurderes som meget relevant, men i praksis har den været vanskelig at implementere og lykkes med. Særligt at opstille konkrete mål i en virkelighed, som er kompleks. Vi har haft et stort fokus på det og anvendt SMART-mål-modellen. Men det har været udfordrende, herunder at inddrage familierne, idet det også for dem har virket svært at konkretisere. Fagprofessionelle og borgere har en tankegang og praksis i retning af at ville "løse"/"arbejde direkte" med problemstillingerne, hvorfor det at anvende tiden til løbende dokumentation og evaluering har skullet vinde indpas (samt tillid hos familierne i forhold til at det er relevant og vigtigt i henhold til at skabe udvikling). ... Det kunne have været fedt med mere konkrete anvisninger i forhold til, hvordan man inddrager relevant viden fra det omgivende miljø. Ofte bliver møderne og status ukonkrete og med fokus på problemer.

Uddrag fra kommunal statusrapport 2023.

Når vi sammenligner interview på tværs af kommune 1 og 2, finder vi ikke umiddelbart nogen forklaring på forskellen. En mulig forklaring er, at spor 1-kommuner har fået mere implementeringsstøtte af læringskonsulenterne, hvilket kan underbygge en mere systematisk tilgang til bl.a. mål og opfølgning (Bjørnholt et al., 2019). Den forklaring understøttes imidlertid ikke i interviewene.

Flere interviewpersoner giver udtryk for, at det har været en udfordring at opstille mål sammen med børnene og deres forældre. Det handler for mange PPR-medarbejdere om, at de har begrænset erfaring med at arbejde systematisk med mål. Derudover beskriver enkelte interviewpersoner, at børnene/de unge og deres forældre kan have urealistiske forventninger til, hvad der er muligt. Det kan opleves som et dilemma for PPR-medarbejderne, da de både skal tage hensyn til forældrene og barnet/den unges ønsker til, hvad de gerne vil opnå, og formulere mål, som er realistiske at

indfri. Citatet nedenfor er et eksempel på en PPR-medarbejder, der oplever et dilemma, i forhold til at forældre og barnet/den unge ofte ønsker at blive "normale", men at det ikke altid er realistisk. Dertil kommer, at det kan være nødvendigt at tilpasse målene undervejs:

Én ting er, at børn og forældre skal have lov til at sige, hvad de gerne vil arbejde på. Men nogle gange skal vi hjælpe dem med at lave målene realistiske. Vi kan ikke hjælpe dem til ikke at være angste eller ikke at være bekymrede. Vi kan hjælpe dem til at få nogle andre strategier eller eventuelt skære ned på det, så det ikke fylder alt. Men vi kan jo ikke installere sådan en knap, vi kan trykke på, og så går alting bare væk... så på en eller anden måde skal vi også være med til at skabe nogle realistiske mål. Måske ændrer målene

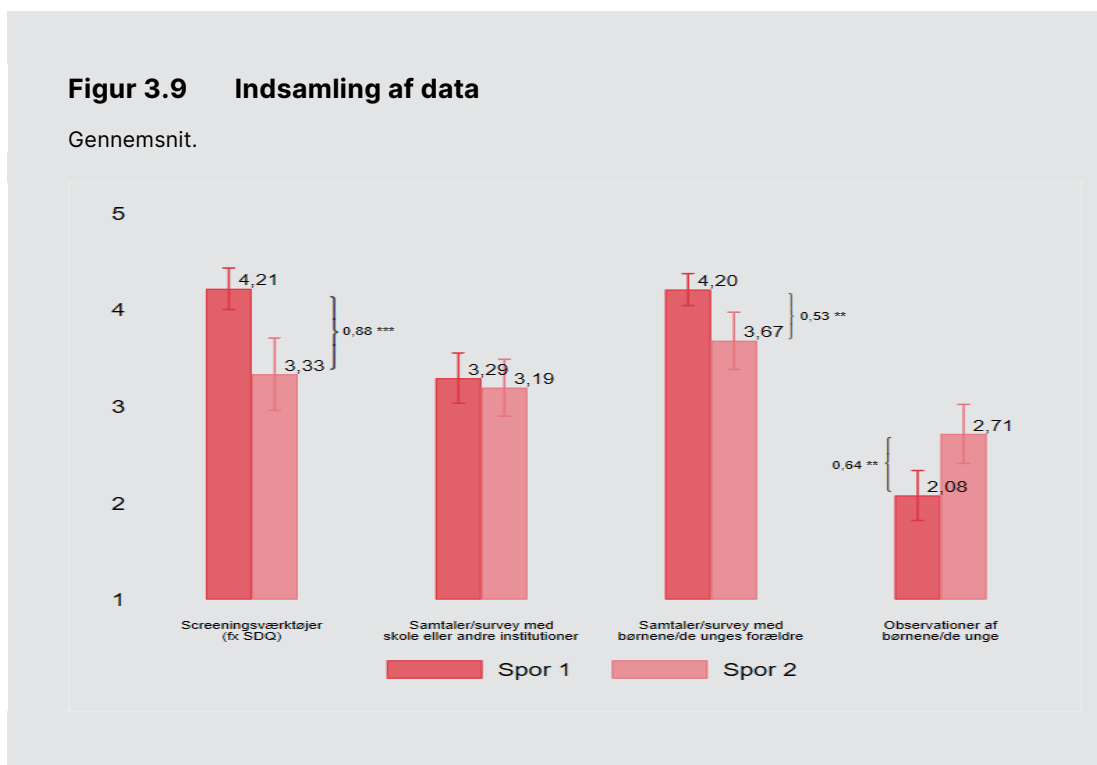
sig også undervejs. Så nogle gange er det mål fra gang til gang, og andre gange så er det et mål, man arbejder med hele tiden. Så det er meget forskelligt alt efter hvilken problemstilling, det er, og hvilket barn og hvilke forældre vi har. (PPR-medarbejder)

Denne dialog med forældre og barnet/den unge kan dog understøtte en højere grad af realisme i forældre og børns forventninger, og det kan ifølge interviewpersonerne understøtte en opmærksomhed på de små skridt.

3.4.2 Dokumentationspraksis

Det anbefales, at PPR arbejder med en systematisk dokumentationspraksis, som kan følge og vise udviklingen i resultater for det enkelte barn/den unge såvel som for indsatsen som helhed. Formålet er løbende at følge op på indsatsen sammen med barnet/den unge og familien med henblik på at understøtte den ønskede udvikling og progression og identificere eventuelle behov for justering af indsatserne (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a).

Figur 3.9 viser, at PPR i høj grad indsamler systematiske data som led i opfølgning på det enkelte barns/unges udvikling i lettere behandling.



Anm.: 'I hvilken grad indsamler du systematiske (løbende) og nedskrevne data som led i opfølgning på det enkelte barn/den unges udvikling i forbindelse med lettere behandling? Vi indsamler systematisk data om det enkelte barn fra...'

Note: n(Spor 1) = 90-94. n(Spor 2) = 76-80. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$. Svarkategorier fra 1 'Slet ikke' til 5 'I meget høj grad'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

I tråd med de faglige anbefalinger indsamler PPR-ledere og -medarbejdere i særlig høj grad systematiske data i form af validerede screeningsværktøjer (fx SDQ) (gns. 3,81) og via samtaler eller survey med barnets/den unges forældre/værge (gns. 3,96). Det tyder umiddelbart på, at PPR har opbygget en systematisk dokumentationspraksis i forbindelse med lettere behandling.

Det er imidlertid væsentligt at fremhæve, at mere end hver tiende respondent har angivet, at de 'slet ikke' har indsamlet data fra screeningsværktøjer (13,23 %), og 10,7 % svarer, at de ikke ved det²². Det kan naturligvis hænge sammen med, at ikke alle kommuner har valgt at benytte screeningsværktøjer, som ofte er licensbehæftede. Der er dog også en relativt stor andel, der svarer, at de 'slet ikke' indsamler systematiske data om det enkelte barn i form af samtaler eller survey med enten barnet/de unges forældre (6,5 %) eller skoler/institutioner (11,11 %), og hhv. 9,2 % og 11,2 % svarer 'ved ikke'. Det er således mere end en tiendedel af respondenterne, som ikke vurderer, at de aktivt er med til at understøtte en systematisk dokumentationspraksis ved at indsamle disse data, eller de ved ikke, hvorvidt de gør det.

Det kan hænge sammen med, at PPR-ledere og -medarbejdere i særlig grad oplever dokumentation i forbindelse med lettere behandling som et stort arbejde. I stort set alle interview beskrives dokumentation som en omfattende opgave, dels fordi det for mange er en ny måde at arbejde på, og dels fordi interviewpersonerne oplever, at de skal dokumentere ofte og mange forskellige steder. Citatet nedenfor er et blandt flere, der illustrerer, hvordan PPR-medarbejdere oplever dokumentation som en omfattende og ny (ekstra) opgave:

Jeg betragter det som om, vi har to arbejder: et, hvor vi dokumenterer, og et, hvor vi reelt arbejder med børnene. Det er så kvalitativt anderledes i forhold til de ting, vi ellers laver, fordi vi forpligter os. Det er meget stringent sat op: vi udfylder skemaer, når vi laver telefonsamtaler, vi sender spørgeskemaer ud, vi har de her registreringsskemaer fra jer. Der er masser. Jeg har lavet en oversigt over, hvad man skal huske. Det er jo vanvittigt, så bare det i sig selv er jo kvalitativt anderledes, end hvad vi plejer at gøre.

(PPR-medarbejder)

Det er vigtigt at understrege, at PPR-medarbejdere ikke nødvendigvis er imod det at skulle dokumentere. Det handler mere om mængden af dokumentation, herunder at det tager tid fra det, medarbejderne oplever som deres kerneopgave. I den forstand opleves det som "... forståeligt, at man skal have den dokumentation, men det ville være fint, hvis man kunne minimere det, så vi havde flere samtaler". (PPR-medarbejder, interview)

²² Data er ikke illustreret.

Som det er tilfældet for opstilling af mål, findes der også en statistisk signifikant forskel på kommuner i spor 1 og spor 2 i forhold til dokumentationspraksis (jf. Figur 3.9). PPR-ledere og -medarbejdere i spor 1 angiver således i højere grad end PPR-ledere og -medarbejdere i spor 2, at de indsamler systematiske data som led i opfølgning på det enkelte barn/ung i lettere behandling. Det underbygger, at spor 1-kommuner arbejder mere systematisk med mål og dokumentation. Til gengæld bruger PPR-ledere og -medarbejdere i spor 2-kommuner i højere grad end deres kollegaer i spor 1-kommuner systematiske observationer af børnene/de unge som en del af deres dokumentationspraksis. Forskellen på de to spor er statistisk signifikant.

Det overordnede billede fra stort set alle interview er da også, at den dokumentation, PPR har skullet indsamle i forbindelse med lettere behandling, anses som en omfattende opgave. En yderligere pointe i den sammenhæng er desuden, at PPR-medarbejdere ikke altid ved, hvad de skal bruge dokumentationen til, herunder hvordan det kan understøtte deres arbejde. Citatet nedenfor afspejler en projektleders svar på spørgsmålet om, hvilke af de faglige anbefalinger der har været særligt vanskelige:

Jeg har lige siddet til et møde om dokumentationspraksis, og den er måske lidt svær, fordi det er mest mig, som har ansvaret for det som projektleder. Gruppelederne, der sidder i PPR, er dem, som sender SDQ ud til forældrene og sørger for, at forældrene svarer på det. Men hvad skal vi gøre med al den data, som kommer ind? Det er lidt svært... Hvordan får vi lige visualiseret og brugt al den data, for eksempel til at vise til politikere, jamen det går sådan og sådan med kurserne, det vil være en god ide, hvis vi får det forankret, penge sat af til det og sådan noget. (PPR-projektleder)

Citatet afspejler en anden mere generel tendens på tværs af interviewene, hvor PPR-ledere og -medarbejdere giver udtryk for, at det er vanskeligt at vurdere, hvordan de kan anvende de data, som de indsamler. Citatet referer til anvendelse af data på et aggregeret niveau i forhold til at dokumentere projektets positive effekter over for beslutningstagere, men samme udfordringer opleves i forhold til at følge op på indsatserne i forhold til de enkelte børn/unge.

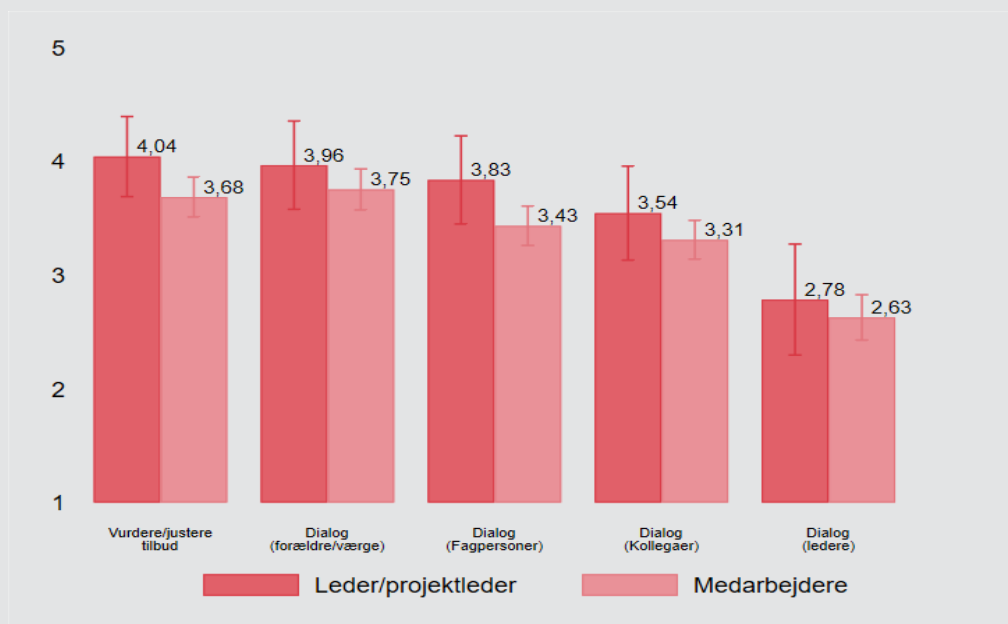
3.4.3 Opfølgning og anvendelse af data

Hvis dokumentationen skal have en betydning, forudsættes det, at PPR-ledere og -medarbejdere anvender data og følger op på indsatserne (Behn, 2003; Moynihan, 2008; van Dooren et al., 2015). Formålet med den anbefalede systematiske dokumentationspraksis er at understøtte vurderingen af, hvorvidt indsatsen er den rigtige, eller hvorvidt der er behov for justering.

Det fremgår af Figur 3.10, at PPR anvender data til forskellige formål.

Figur 3.10 Brug af data til forskellige formål

Gennemsnit.



Anm.: 'I hvilken grad bruger du systematiske og nedskrevne data...': 'Til at vurdere eller justere tilbud til det enkelte barn/den unge?', 'Som grundlag for en dialog med det enkelte barn/den unges forældre/værge?', 'Som grundlag for en dialog med fagpersoner i barnet/den unges nærmiljø (fx lærere, pædagoger, kontaktpersoner mv.)?', 'Som grundlag for en dialog med dine kollegaer?', 'Som grundlag for en dialog med din leder?'

Note: n(Leder/projektleder) = 32-36. n(Medarbejder) = 130-135. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$. Svarkategorier fra 1 'Slet ikke' til 5 'I meget høj grad'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

PPR-medarbejdere bruger i overvejende grad systematiske (løbende) og nedskrevne data til at vurdere eller justere tilbud til det enkelte barn/den unge. De systematiske og nedskrevne data bidrager således til at understøtte deres vurdering af, hvorvidt indsatsen for det enkelte barn/unge er den rigtige, eller hvorvidt der er behov for justering. Det svarer til intentionerne i de faglige anbefalinger. Desuden anvender PPR-medarbejderne i nogen grad systematiske data i dialog med forældre/værge, andre fagpersoner og kollegaer.

PPR-medarbejdere anvender i mindre grad data som grundlag for en dialog med deres leder. Det indikerer, at data ikke nødvendigvis bruges på et aggregeret niveau og i en generel drøftelse af indsatsen, som også er en del af den faglige anbefaling.

PPR-ledere og -medarbejdere angiver i overvejende grad, at de indsamler systematiske og nedskrevne data som led i opfølgning på det enkelte barn/den unges udvikling i forbindelse med lettere behandling. I tråd med den faglige anbefaling vidner det om, at PPR understøtter en systematisk dokumentationspraksis, som kan følge og vise udviklingen hos det enkelte barn/den unge såvel som på aggregeret niveau. Men den form for brug er i overvejende grad drevet af ledere/projektledere, som i højere grad vurderer, at de anvender data.

Dertil kommer, at over en tiendedel angiver, at de ikke ved, hvad de bruger data til, og andelen er endnu større for medarbejderne. I interview forklarer flere PPR-medarbejdere, at de har vanskeligt ved at se formålet med de kvantitative data. De oplever, at de bruger lang tid på at indsamle data, men de vurderer ikke, at det er for deres skyld. De kan ikke gennemskue, hvad de skal bruge data til, og hvilken ekstra information de giver. Citatet nedenfor illustrerer, hvordan en PPR-medarbejder oplever, at det dels er vanskeligt at få forældre til at besvare spørgeskemaer, og dels at det er en udfordring at bruge svarerne:

Evaluering og feedback er rigtig godt. Men det kræver bare noget kvalitativt. Der er ikke noget mere enerverende end at få de her spørgeskemaer: 'Hvordan synes du, det var?' Der er jo ingen forældre, der gider udfylde de skemaer. De kan ikke se meningen, så de kvalitative kan vi bedre bruge... (PPR-medarbejder, interview)

Yderligere analyser (ikke illustrerede) viser desuden, at forskellige typer af data bruges til forskellige formål. Data indsamlet via screeningsværktøjer (som fx SDQ) bruges i højere grad til at vurdere eller justere tilbud til det enkelte barn/den unge samt som grundlag for en dialog med både forældre, værg og kollegaer. Samtaler eller survey med skoler eller institutioner bliver i højere grad brugt som grundlag for en dialog med fagpersoner i barnet/den unges nærmiljø.

3.5 Samarbejde og koordinering

Forsøget bygger en forventning op om, at tværfagligt og helhedsorienteret samarbejde omkring børn og unge i mistrivsel kan styrke indsatsen over for børn og unge i mistrivsel (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a). Det anbefales derfor i forsøget, at lettere behandling bygger på et tæt

Anbefaling 5: Samarbejde

- Den lettere behandlingsindsats bør tage udgangspunkt i en tværfaglig og helhedsorienteret indsats med et tæt og koordineret samarbejde på tværs af relevante fagprofessionelle.
- Der bør sikres systematiske procedurer for det tværfaglige samarbejde internt i kommunen og på tværs af kommune og region.

samarbejde på tværs af relevante fagprofessionelle, og at der etableres systematiske procedurer for det tværfaglige samarbejde. Det tværfaglige samarbejde og procedurer herfor er derfor afsættet for VIVEs evaluering af anbefalingen.

Boks 3.6 Hovedkonklusioner: samarbejde og koordinering

- De ansatte er overvejende enige i, at **lettere behandling sikrer et tæt samarbejde på tværs af relevante fagprofessionelle** og et bedre samarbejde med ledelsen.
- Der er **ikke enighed om, hvorvidt der er tydelige procedurer for samarbejdet** på tværs af fagområder i forbindelse med den lettere behandling.
- Der er indikationer på, at **tydelige procedurer for tværfagligt samarbejde kan understøtte det tværfaglige samarbejde**. De PPR-ledere og -medarbejdere, som vurderer, at der er tydelige procedurer for det tværfaglige samarbejde, oplever således også i højere grad et tværfagligt samarbejde. Desuden har forandringsledelse en positiv sammenhæng til, at der skabes procedurer for det tværfaglige samarbejde.

3.5.1 Samarbejde om lettere behandling

Foruden at inddrage barnets/den unges omgivende miljø kræver en helhedsorienteret indsats, at lettere behandling tager udgangspunkt i et tværfagligt samarbejde på tværs af de relevante fagprofessionelle. Figur 3.11 viser, i hvilken grad PPR-ledere og -medarbejdere vurderer, at arbejdet med lettere behandling i regi af PPR er noget, som sikrer hhv. et tæt samarbejde på tværs af relevante fagprofessionelle og et fagligt bedre samarbejde med deres ledelse.

Figur 3.11 viser således, at PPR-ledere og -medarbejdere er "overvejende enige" i, at arbejdet med lettere behandling i regi af PPR sikrer et tæt tværfagligt samarbejde (gennemsnit på 3,71). De er i lidt mindre grad enige i, at det at arbejde med lettere behandling i regi af PPR sikrer et fagligt bedre samarbejde med ledelsen (gennemsnit 3,24).

Figur 3.11 Samarbejde omkring lettere behandling i PPR

Gennemsnit.



Anm.: 'I hvilken grad er du enig/uenig i følgende udsagn: Det at arbejde med lettere behandling i regi af PPR er noget, som...'

n(Tæt samarbejde) = 197, n(Fagligt bedre samarbejde) = 182. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Svarkategorier fra 1 'Helt uenig' til 5 'Helt enig'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Flere PPR-ansatte ekspliciterer i interview og kvalitative kommentarer i spørgeskemaet vigtigheden af samarbejde. En leder pointerer eksempelvis, at de lettere behandlingsindsatser har gjort, at "*vejen bliver lidt kortere, når det bliver så tydeligt, at man faktisk har brug for at være i dialog med hinanden*" (PPR-leder), hvilket ifølge lederen gør det lettere at samarbejde om børnene og de unge. En PPR-medarbejder uddyber, at lettere behandling har bidraget til en fælles referenceramme, som gør, at der bliver "*snakket om andre ting også, hvis man har mødtes på kryds og tværs ... og man får et bredere perspektiv på børnene*". Linjerne mellem relevante aktører i PPR og børnenes/de unges nærmiljø blødes op og bliver i højere grad krydset.

Det tværfaglige samarbejde kan tage forskellige former. En skoleleder fortæller eksempelvis, hvordan forsøget med lettere behandling har betydet en helhedsorienteret indsats på tværs af børnenes hjem og skole. Indsatsen består af individuelle samtaler med børnene og deres forældre, undervisning og supervision af lærere og pædagoger på skolen samt en indsats i børnenes hjem. PPR har bl.a. undervist lærere og pædagoger i opsporing, samt i hvordan de kan tilgå og reagere mere positivt på børnenes adfærd, og hvad de kan gøre for at understøtte børnene. Ifølge skolelederen har det bidraget til, at lærerne får et mere positivt syn på børnene og de unge og ser andre sider af dem. Desuden har socialrådgivere, som er tilknyttet hjælp til familierne, ifølge skolelederen givet skolen større indsigt i, hvad der sker i børnenes hjem, og PPR gennemfører individuelle samtaler med børnene og deres forældre. Et andet lignende eksempel på et udvidet tværfagligt samarbejde i forbindelse med implementering af lettere handlinger er mellem socialforvaltningen og PPR. PPR besøger sammen med en socialrådgiver børnene i deres hjem, og indsatsen inkluderer både individuelle samtaler og praktisk hjælp i familierne samt løbende opsamling.

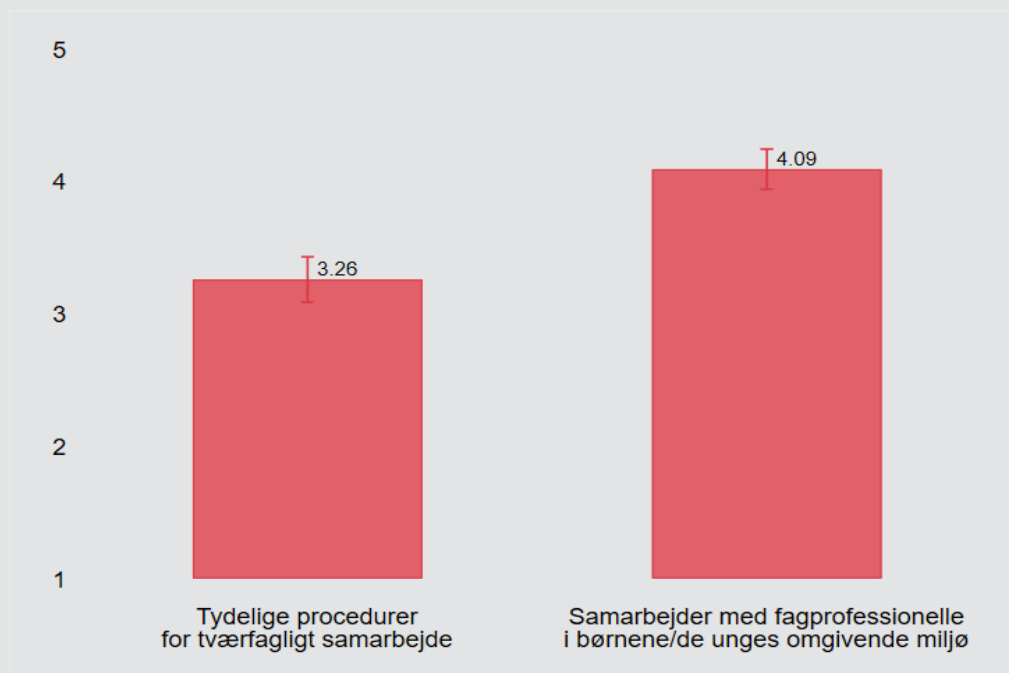
3.5.2 Tydelige procedurer og ledelse kan understøtte samarbejdet

Faste rammer og procedurer for det tværfaglige samarbejde kan potentielt bidrage til at etablere en fælles forståelse af opgaveløsningen, hvilket kan understøtte det tværfaglige samarbejde (Grøn, 2023). Som en del af de faglige anbefalinger for implementeringen af lettere behandlingsindsatser er fokus på samarbejdet og koordineringen på tværs af PPR og andre relevante aktører. Det anbefales, at *der sikres systematiske procedurer for det tværfaglige samarbejde internt i kommunen og på tværs af kommune og region.*

Der synes imidlertid kun i noget grad at være etableret rammer for det tværfaglige samarbejde i forbindelse med implementering af lettere behandling. Det fremgår således af Figur 3.12, at PPR-ledere og -medarbejdere er hverken enige eller uenige i (gns. 3,26), at der i forbindelse med den lettere behandling er etableret tydelige procedurer for samarbejde på tværs af fagområder i kommunen (fx procedurer i forhold til opsporing, systematisk overførsel af viden mellem fagprofessionelle mv.). PPR-ledere og -medarbejdere vurderer imidlertid alligevel, at de i høj grad (gns. 4,09) samarbejder med relevante fagprofessionelle i det omgivende miljø for at sikre, at den lettere behandling integreres i barnets/den unges omgivende miljø og har den ønskede virkning.

Figur 3.12 Procedurer for og niveau af tværprofessionelt samarbejde

Gennemsnit



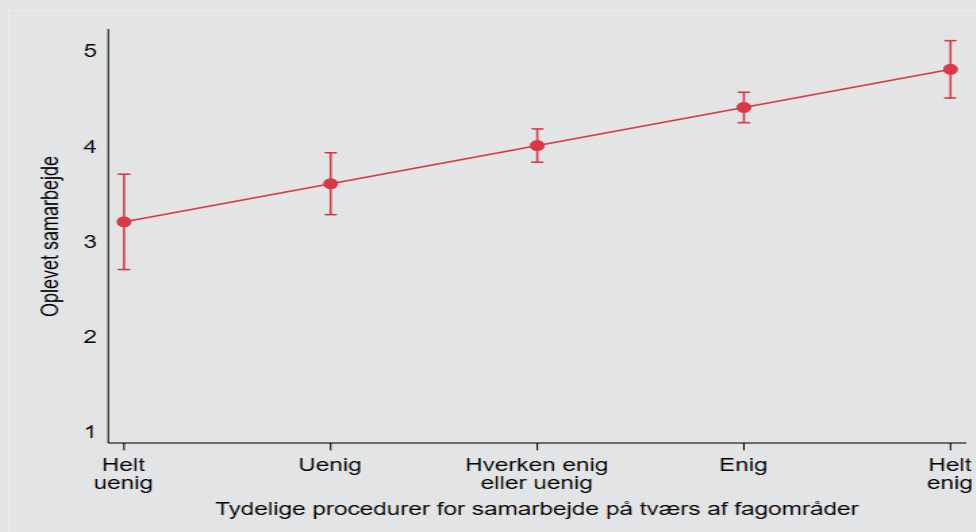
Anm.: 'Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn om samarbejdet med andre fagpersoner omkring lettere behandling?': 'Der er i forbindelse med den lettere behandling tydelige procedurer for samarbejde på tværs af fagområder i kommunen (fx procedurer i forhold til opsporing og systematisk overførsel af viden mellem fagprofessionelle.' 'Jeg samarbejder med relevante fagprofessionelle i barnets/den unges netværk (fx lærere, pædagoger, kontaktpersoner mv.) for at sikre, at den lettere behandling integreres i barnets/den unges omgivende miljø mv.'). Svarkategorier fra 1 'Helt uenig' til 5 'Helt enig'. n(Tydelige procedure) = 167, n(Samarbejde med relevante fagprofessionelle) = 176.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Vi undersøger derfor, om tydelige procedurer for samarbejdet har en sammenhæng til PPR-medarbejderen oplevelse af at samarbejde med andre fagpersoner om lettere behandling. Figur 3.13 viser, at det er tilfældet. Der er en stærk statistisk signifikant og positiv sammenhæng. Jo tydeligere procedurerne for det tværfaglige samarbejde er, desto mere samarbejder PPR-medarbejderne med relevante fagprofessionelle i barnets/den unges netværk for at sikre, at den lettere behandling integreres i barnets/den unges omgivende miljø og har den ønskede virkning.

Figur 3.13 Sammenhæng mellem tydelige procedurer for samarbejde og oplevet samarbejde

OLS-regression.



Anm.: 'Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn om samarbejdet med andre fagpersoner omkring lettere behandling?': 'Der er i forbindelse med den lettere behandling tydelige procedurer for samarbejde på tværs af fagområder i kommunen (fx procedurer i forhold til opsporing, systematisk overførsel af viden mellem fagprofessionelle mv.); 'Jeg samarbejder med relevante fagprofessionelle i barnets/den unges netværk (fx lærere, pædagoger, kontaktpersoner mv.) for at sikre, at den lettere behandling integreres i barnets/den unges omgivende miljø og har den ønskede virkning.'

n = 142. Der er kontrolleret for efterspørgsel, uddannelse, alder og anciennitet i PPR. P = 0,000.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Resultaterne indikerer, at tydelige procedurer kan understøtte det tværfaglige samarbejde. Flere interviewpersoner forklarer i tråd hermed, at projektet har bidraget til en fælles faglig retning, en tættere relation til andre aktører omkring børnene/de unge og mere klar rollefordeling. En leder af et familiehus omtaler det tætte tværfaglige samarbejde som "*det, vi i virkeligheden gerne vil i organisationen*" (interview). Det skyldes, at det tværfaglige samarbejde giver mulighed for hele tiden at undersøge, hvor kompetencerne til at løse specifikke opgaver ligger. For at dette skal lykkes, skal de ifølge lederen væk fra "*at vi sådan arbejder i sådan nogle siloer*". Derfor er der etableret faste procedurer og rammer for det tværfaglige samarbejde, hvor medarbejderne på skift deltager i teamsamarbejder omkring specifikke børn og unge sammen med PPR. Ledelsen kan spille en central rolle i etableringen af disse systematiske procedurer for samarbejde (Bjørnholt et al., 2022). Figur 3.14 viser da også, at forandringsledelse²³ har en sammenhæng til PPR-medarbejdernes vurdering af,

²³ Vi undersøger forandringsledelse, som er en blandt flere mulige ledelsesformer, men som i tidligere undersøgelser har vist sig særligt understøttende i implementeringsprocesser. Se også Kapitel 5.

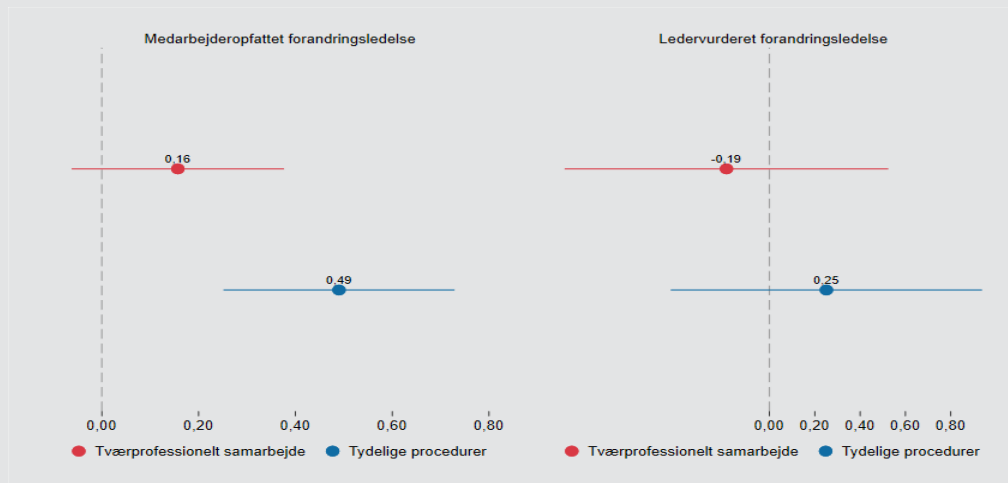
om der i forbindelse med den lettere behandling er tydelige procedurer for samarbejde på tværs af fagområder i kommunen. Sammenhængen er statistisk signifikant. Men kun når medarbejderne skal vurdere forandringsledelse. Forandringsledelse handler bl.a. om at sikre tydelighed i implementeringen, hvorfor sammenhængen ikke er så overraskende, men understreger vigtigheden af at implementeringen rammesættes.

Læsning af koefficientplot

Da koefficientintervallerne i Figur 3.14 (den vandrette linje) i forhold til procedurer placerer sig til højre for og ikke krydser Y-aksen, er der tale om positiv og statistisk signifikant sammenhæng, mens der ikke er tale om en statistisk signifikant sammenhæng til tværfagligt samarbejde, da den vandrette linje krydser Y-aksen.

Figur 3.14 Sammenhæng ml. forandringsledelse og hhv. tværprofessionelt samarbejde og etableringen af tydelige procedurer

Koefficientplot for regressionsanalyser af forandringsledelse og hhv. tværprofessionelt samarbejde og etableringen af tydelige procedurer.



Anm.: 'Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn om samarbejdet med andre fagpersoner omkring lettere behandling?': 'Jeg samarbejder og koordinerer den lettere behandling for det enkelte barn/den unge med relevante fagprofessionelle i barnets/den unges netværk (fx lærere, pædagoger, kontaktpersoner mv.) for at sikre, at den lettere behandling integreres i barnets/den unges omgivende miljø og har den ønskede virkning.', 'Der er i forbindelse med den lettere behandling tydelige procedurer for samarbejde på tværs af fagområder i kommunen (fx procedurer i forhold til opsporing, systematisk overførsel af viden mellem fagprofessionelle mv.).'

n(medarbejdere) = 116-124. n(ledere) = 22-24. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Kontrolvariablene alder, antal år i stilling og uddannelse er ekskluderet i visualiseringen. $P = < 0,05$ for alle koefficienter ud over 'observationer i dagligdagen'. Konfidensintervaller = 95 %. * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$. Afhængige variabler er skaleret 1-5.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Modsat har forandringsledelse ingen statistisk signifikant sammenhæng med vurderingen af, om PPR-medarbejderne oplever at samarbejde og koordinere den lettere behandling for det enkelte barn/den unge med relevante fagprofessionelle i barnets/den unges netværk.

3.6 Kompetenceudvikling

Arbejdet med lettere behandling kalder på særlige kompetencer, som matcher indsatsen (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020a). Der kan være behov for kompetenceudvikling af PPR-medarbejdere i forbindelse med implementering af de lettere behandlingsindsatser (Danmarks Evalueringsinstitut, 2020). Kompetenceudvikling kan bidrage til at udvikle de nødvendige kompetencer og erfaringer samt et professionelt læringsmiljø blandt medarbejdere, hvilket kan styrke den lettere behandlingsindsats. I dette afsnit giver vi et indblik i PPR-ledere og -medarbejders oplevede kompetencer i forhold til at implementere lettere behandling, og vi undersøger sammenhængen mellem kompetencer og hhv. motivation og oplevelse af egne faglige kompetencer (self-efficacy).

Anbefaling 6: Kompetencer

- PPR skal have eller udvikle kompetencer og erfaringer, der matcher lettere behandlingsindsatser til målgruppen.
- PPR skal have eller udvikle kompetencer og erfaringer, der matcher understøttende indsatser målrettet det omgivende miljø.
- PPR skal have eller udvikle kompetencer til at sikre en kvalificeret og dækkende faglig vurdering af børn og unge i målgruppen.
- Som led i implementeringen af lettere behandlingsindsatser bør PPR sikre, at der er eller opbygges et velstruktureret og professionelt fagligt læringsmiljø i PPR.

Boks 3.7 Hovedkonklusioner: kompetencer

- PPR-ledere og -medarbejdere vurderer grundlæggende, at **niveauet af kompetencer og kompetenceudvikling i forbindelse med de lettere behandlingsindsatser er tilstrækkeligt**. De vurderer desuden, at det i mindre grad er kompetencer, der udfordrer implementeringen, men mangel på tid.
- **Kompetenceudvikling har varierende betydning for de ansattes motivation og self-efficacy**. PPR-medarbejdere, der har læst om særlige metoder/indsatser i forbindelse med lettere behandlingsindsatser, har en højere motivation for deres arbejde og vurderer, at deres evner til at udføre dette er højere. Der er ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem deltagelse i fælles læringsforummer og hhv. motivation og self-efficacy.

3.6.1 Oplevede kompetencer

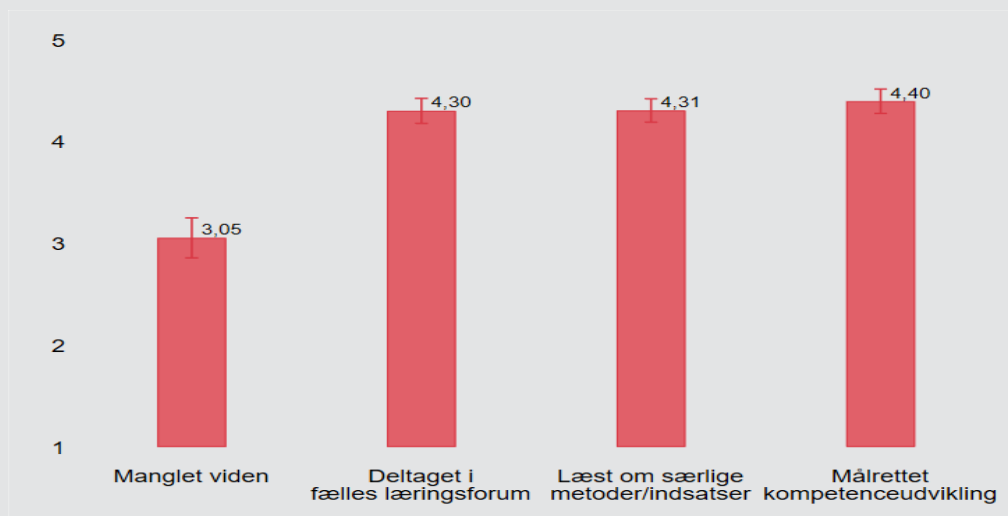
Generelt er PPR-ledere og -medarbejdere hverken enige eller uenige i, at de har de faglige kompetencer til fuldt ud at kunne løfte opgaven i forhold til lettere behandling. Figur 3.15 viser, at gennemsnittet for at have manglet viden om indsatsen/indsatserne er 3,05. Heraf kan det udledes, at de ansatte ikke i væsentlig grad oplever at mangle viden om indsatserne. Tidligere undersøgelser af PPR viser da også, at PPR-ledere ikke ser utilstrækkelige kompetencer hos PPR som en primær udfordring (Eva, 2022).

I denne undersøgelse er PPR-ledere og -medarbejdere desuden overordnet tilfredse med de forskellige typer af kompetenceudviklingsaktiviteter i forbindelse med lettere behandling. Det gælder både i forhold til kompetenceudvikling målrettet lettere behandling og i forhold til at have læst om særlige metoder/indsatser og deltaget i fælles læringsforummer²⁴. Vi har undersøgt, om oplevelsen af at mangle viden hænger sammen med PPR-ledere og -medarbejderen tilfredshed med de tre kompetenceudviklingsaktiviteter. Det er ikke tilfældet. Vi finder ingen statistisk signifikante sammenhænge mellem kompetenceudvikling og respondenternes manglende viden om indsatserne.

²⁴ Der er ingen signifikante forskelle på tværs af spor eller medarbejder/leder.

Figur 3.15 Viden og kompetenceudvikling

Gennemsnit.



Anm.: 'I hvilken grad har du i forbindelse med lettere behandling...': 'Manglet viden om indsatsen/indsatserne?', 'Modtaget kompetenceudvikling målrettet den lettere behandling (fx kurser eller sidemandsoplæring)?', 'Læst om særlige metoder/indsatser?', 'Deltaget i fælles læringsforum, hvor vi sparrer med hinanden?'

n = 129-169. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Svarkategorier fra 1 'Meget utilfreds' til 5 'Meget tilfreds'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

De kvalitative kommentarer til spørgeskemaundersøgelsen og interviewene vidner om, at det i mindre grad er kompetencer, som udfordrer PPR-ledere og -medarbejders implementering af lettere behandling, men mangel på tid. Der findes en lang række udsagn, der understøtter dette. Én medarbejder mener, at "udfordringen ligger i manglende kapacitet og deraf mangelfuld tilbudsvifte og for lang ventetid på de eksisterende tilbud". En anden vurderer, "at vi [skoler, daginstitutioner og PPR, red.] har værktøjerne og kompetencerne, men ikke ressourcerne. Der mangler hænder ...", mens en tredje angiver: "Vi har kompetencerne, men mangler tid til at gøre det, der er behov for."

Det tyder på, at PPR både har og udvikler kompetencer, der er nødvendige for at matche og understøtte de lettere behandlingsindsatser samt sikre en kvalificeret og dækkende vurdering af børn og unge i målgruppen. Men ressource- og prioriteringsudfordringer medfører, at disse kompetencer ikke anvendes som tiltænkt i PPR i forbindelse med de lettere behandlingsforløb.

3.6.2 Kompetenceudvikling kan (måske) understøtte medarbejdernes oplevelse af egen faglighed

Figur 3.16 viser resultaterne af sammenhængsanalyser mellem kompetenceudvikling på hhv. PPR-ansattes motivation og self-efficacy. Der er ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem deltagelse i fælles læringsforummer og hhv. motivation og self-efficacy. Modsat er der en stærk positiv signifikant sammenhæng mellem at have læst om særlige metoder/indsatser. Når PPR-medarbejderes vurdering stiger med én enhed på spørgsmålet om at have læst om særlige metoder/indsatser, stiger deres motivation med 3,26 procentpoint og self-efficacy med 4,27 procentpoint. PPR-medarbejdere, som har engageret sig i læsning om særlige metoder/indsatser i forbindelse med lettere behandlingsindsatser, har således en højere motivation for deres arbejde og vurderer, at deres evner til at udføre dette er højere.

Figur 3.16 Kompetenceudviklings indflydelse på motivation og self-efficacy

OLS-regressionskoefficienter.



Anm.: 'I hvilken grad har du i forbindelse med lettere behandling...': 'Modtaget kompetenceudvikling målrettet den lettere behandling (fx kurser eller sidemandsoplæring)?', 'Læst om særlige metoder/indsatser?', 'Deltaget i fælles læringsforum, hvor vi sparrer med hinanden?'. **Motivation** er et indeks bestående af følgende spørgsmål: 'Jeg nyder mit daglige arbejde?', 'Mit arbejde er spændende', 'En stor del af mine arbejdsopgaver er kedelige', 'Jeg kan godt lide at udføre de fleste af mine arbejdsopgaver'. **Self-efficacy** er et indeks bestående af følgende spørgsmål: 'Takket være mine ressourcer er jeg i stand til at håndtere uforudsete situationer i mit arbejde.', 'Hvis jeg har problemer på arbejdet, kan jeg normalt finde på noget at gøre ved det.', 'Mine hidtidige erfaringer med mit arbejde har forberedt mig godt til min arbejdsmæssige fremtid.', 'Jeg opnår de mål, som jeg har sat mig for i mit arbejde.', 'Jeg føler mig rustet til at indfri de fleste krav i mit arbejde.'

n(Motivation) = 147-149. n(Self-efficacy) = 146-148. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Kontrolvariablene alder, antal år i stilling og uddannelse er ekskluderet i visualiseringen. $P = <0,05$ for alle koefficienter ud over 'observationer i dagligdagen'. Konfidensintervaller = 95 %. * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$. Afhængige variabler er skaleret 0-100.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Figur 3.16 viser desuden, at den mere målrettede kompetenceudvikling ikke har nogen statistisk signifikant sammenhæng til PPR-medarbejdernes motivation og self-efficacy. Det støtter udtalelserne fra de ansatte, som udtrykker, at de ikke mangler kompetencer, men prioritering og ressourcer. Dog er den substantielle positive effektstørrelse på begge mål værd at notere sig. Det er en indikation for, at der sandsynligvis er en positiv indflydelse af den mere målrettede kompetenceudvikling, på trods af den manglende statistiske signifikans.

4 Omkostningsanalyse

Dette kapitel belyser de udgifter, der er forbundet med at implementere og drive de lettere behandlingsindsatser i PPR.

Kapitlet besvarer dermed undersøgelses-spørgsmål 3.

Kapitlet omhandler alene udgifterne til indsatserne og forholder sig ikke til effekten af indsatserne. Resultaterne siger dermed ikke noget om, hvilke indsatser der er mest omkostningseffektive og værd at investere i.



Boks 4.1 Hovedkonklusioner: den økonomiske analyse

- **Kommuner med erfaring i at lade PPR tilbyde lettere behandling har samlet set færre udgifter pr. behandlingsforløb end kommuner uden erfaring.** Kommuner, der allerede har erfaring med at tilbyde lettere behandling i regi af PPR, har færre udgifter pr. barn/ung/familie, der har modtaget et behandlingsforløb, end kommuner uden erfaring hermed. Umiddelbart ser vi dog kun den forskel, når alle udgifter indregnes, dvs. både implementerings- og driftsudgifter. Vi finder ikke samme forskel i kommunernes registrerede gennemsnitlige timeforbrug pr. gennemført behandlingsforløb. Her indgår der imidlertid kun et lille antal kommuner i analyserne. Det indikerer dog, at det især er udgifter til opstart og aktiviteter omkring indsatsen (fx screening og visitation), der har krævet flere ressourcer af de mindre erfarne kommuner.
- **Der er tegn på, at manualbaserede indsatser er dyrere pr. forløb.** De samlede udgifter pr. modtaget forløb er højere for kommuner, der *alene* anvender manualbaserede indsatser sammenlignet med kommuner, der også eller alene anvender egenudviklede indsatser. Den samme forskel mellem kommunerne ses også i deres registrerede timeforbrug pr. gennemført forløb. Der er dog tale om et meget spinkelt datagrundlag, hvorfor resultatet skal læses med forbehold. Det har fx ikke været muligt at kontrollere for betydningen af varighed, eller af hvorvidt indsatserne er leveret af en erfaren eller uerfaren kommune.
- **Større kommunale forskelle i udgiften til de individuelle forløb end til gruppeforløb.** Hvor kommunernes udgifter til gruppebaserede indsatser er nogenlunde ens, så er der langt større forskel mellem kommunerne i deres gennemsnitlige udgift til de individuelle forløb, som spænder fra korte samtaleforløb til Back2School.

Kapitlet bygger på forskellige datakilder og forskellige typer af omkostninger, som er beskrevet i Boks 4.2. Det er vigtigt at understrege, at kapitlets omkostningsopgørelser er behæftet med væsentlig usikkerhed grundet usikkerhed i og mangel på data.

Boks 4.2 Data og metode

Omkostningsanalysen opgør to forskellige omkostningsmål:

- **Udgifter pr. modtaget forløb.** I dette mål er alle udgifter inklusive. Implementerings- og driftsomkostninger. Lønudgifter og øvrige udgifter.
- **Timeforbrug pr. gennemført forløb.** I dette mål indgår kun timeforbrug til konkrete gennemførte forløb. Timeforbruget omregnes til et kronebeløb ved at gange med gennemsnitsløn for en psykolog og gange 20-70 % overhead på.

Udgifter pr. modtaget forløb er baseret på to datakilder:

Kommunernes puljeregnskaber. Alle 37 kommuner har afgivet et puljeregnskab, hvorfra vi har hentet oplysninger om kommunernes samlede udgifter til implementering og drift af indsatserne i hele projektperioden. Heri indgår både lønudgifter og øvrige udgifter (transport, materialer m.m.).

Kommunernes statusrapporter. Fra kommunernes afsluttende statusrapporter har vi forsøgt at opgøre antal børn/unge/familier, der har modtaget en indsats. Heri indgår også børn/unge/familier, som ikke nødvendigvis har afsluttet indsatsen. Opgørelsen er behæftet med usikkerhed, da statusrapporterne i nogle tilfælde har uklare opgørelser af antal forløb – der indgår derfor også kun data fra 35 kommuner.

Timeforløb pr. gennemført forløb er baseret på:

Kommunernes afsluttende logbøger. Kommunerne har i de afsluttende logbøger udfyldt deres timeforbrug på de konkrete forløb med hvert enkelt barn/ung/familie. Datagrundlaget er begrænset, idet enkelte kommuner ingen logbogsregistreringer har, mens det for de øvrige kommuner gælder, at der i gennemsnit kun er logbogsdata for knap halvdelen af de forløb, der er opgjort i kommunens statusrapport (med stor forskel mellem kommunerne – svingende mellem 4 og 100 %). Selvom logbøgerne kun registrerer gennemførte forløb, vurderes det imidlertid stadig at være udtryk for, at data er mangelfulde, hvilket er vigtigt at holde sig for øje i tolkningen af resultaterne.

Kapitlet består af tre afsnit. Afsnit 4.1 opgør kommunernes samlede udgifter pr. forløb, mens 4.2 afsnit undersøger forskelle i udgifter mellem kommuner, der alene anvender manualbaserede indsatser og de øvrige kommuner, og afsnit 4.3 afdækker udgifter forbundet med hhv. individuelle og gruppebaserede indsatser.

4.1 De samlede udgifter pr. forløb

De samlede udgifter pr. barn/ung/familie, der har modtaget et forløb, er opgjort med afsæt i kommunernes puljeregnskaber²⁵ og statusrapporter. Sam-

Implementeringsudgifter

Implementeringsudgifter er udgifter, der primært ligger i starten af projektet, fx kompetenceudviklingsforløb, projektledelsesmøder, køb af manualer, udarbejdelse af informationsmateriale, indledende evaluering og tilpasning mv.

lede udgifter betyder her, at der er tale om både implementerings- og driftsudgifter, herunder udgifter knyttet til både den konkrete indsats og til aktiviteter forud for og rundt om indsatsen, som fx kompetenceudvikling, ledelse, administration, supervision, it-licenser mv.

De samlede udgifter pr. barn/ung/familie, der har modtaget et forløb, er derfor *ikke* den udgift, der vil være ved at tilbyde indsatsen til endnu et

barn, da der er mange udgifter indregnet udover dem, der går til selve forløbet.

Opgørelsen indregner ikke velfærdsøkonomiske konsekvenser i form af eventuelle reducerede udgifter på andre områder, som følge af at indsatsen har den ønskede effekt.

Som det fremgår af Tabel 4.1 har kommuner, der allerede har erfaring med at tilbyde lettere behandling i regi af PPR (spor 2), haft færre udgifter pr. forløb end kommuner uden denne erfaring (spor 1).

²⁵ Tabel 3 i de aflagte puljeregnskaber.

Tabel 4.1 Samlede udgifter pr. barn/ung/familie, der har *modtaget* et forløb – opdelt på kommuner i spor 1 og spor 2

| | Gennemsnit | Min. | Maks. |
|--------------------------|------------|------------|-------------|
| Alle kommuner (N = 35) | 78.283 kr. | 9.227 kr. | 249.651 kr. |
| Spor 1-kommuner (N = 20) | 95.728 kr. | 32.190 kr. | 249.651 kr. |
| Spor 2-kommuner (N = 15) | 55.023 kr. | 9.227 kr. | 158.135 kr. |

Anm.: N=32, da det for to af kommunerne ikke har været muligt at anvende statusrapporten som datagrundlag for antal børn/unge/familier, der har modtaget et forløb. Bemærk, at data om antal er behæftet med usikkerhed. Udgiftsdata rummer både implementerings- og driftsomkostninger, både lønudgifter og øvrige omkostninger.

Kilde: Data: Kommunernes puljeregnskaber (kroner) + kommunernes statusrapporter (antal forløb).

Der er i opgørelsen ikke taget højde for, hvilken type indsats kommunerne anvender (fx gruppe- eller individuel indsats), hvilket også har betydning for udgifterne. Vi finder, at de uerfarne kommuner har haft flere udgifter, hvilket er forventeligt, da de erfarne kommuner har haft et andet udgangspunkt for at etablere deres indsatser.

Vi har ud fra statusrapporter forsøgt at opgøre antal børn/unge/familier, der har modtaget et forløb i kommunen. Hvis indsatsen både har været rettet mod barnet og familien tælles det som ét forløb, selvom det naturligvis er mere resourcekrævende, end hvis der blot tilbydes en indsats til enten barnet eller familien. Nogle kommuner har også haft udgifter til klasserettede indsatser, og udgifterne hertil vil indgå i opgørelsen, mens antal klasseteams eller elever, der har modtaget indsatsen, *ikke* indgår.²⁶

Opgørelsen af antal børn/unge/familier, der har modtaget en indsats, ud fra kommunernes statusrapporter kræver i flere tilfælde en fortolkning af data, hvilket indebærer en risiko for fejl. De opgjorte udgifter skal derfor læses med de ovenstående forbehold in mente, da det betyder, at opgørelserne er behæftet med en vis usikkerhed.

Antal børn/unge/familier, der har modtaget et forløb, inkluderer i størstedelen af kommunerne også børn/unge/familier, der ikke nødvendigvis har gennemført forløbet – fx hvis de efter at have påbegyndt indsatsen er blevet henvist til en anden kommunal indsats eller til et forløb i psykiatrien.

Børn/unge/familier, der er blevet henvist til indsatsen og har haft en indledende samtale/screening, som har medført, at de *ikke* har påbegyndt den egentlige indsats, indgår ikke i opgørelsen af antal forløb, men udgifterne hertil indgår i

²⁶ Klasserettede indsatser fylder dog relativt lidt i det samlede billede.

opgørelsen. Kommuner, der har brugt relativt mange ressourcer på henvisninger og screeninger, der ikke førte til påbegyndte forløb, vil derfor alt andet lige have en højere udgift pr. forløb.

Vi finder ikke den samme forskel mellem kommuner med og uden erfaring med at tilbyde lettere behandling, når vi opgør det gennemsnitlige timeforbrug for et *gennemført* forløb pr. barn/ung/dets familie, som kommunerne har registreret i de afsluttende logbøger, i PPR, jf. Tabel 4.2.

Udgifter til indledende screening og visitation indgår i de samlede udgifter

I nogle kommuner er der et stort antal børn, der henvises, men som ikke vurderes i målgruppen. En kommune oplyser fx, at 94 børn har modtaget indsatsen, mens 114 børn, har været henvist *uden* at påbegynde indsatsen.

Tabel 4.2 Timeforbrug pr. barn/ung, der har gennemført en indsats – opdelt på kommuner i spor 1 og spor 2, omregnet til kroner med hhv. 20 og 70 % overhead

| | Gennemsnit | | Min | | Max | |
|--------------------------|------------|--------------------------------------|-------|--------------------------------------|-------|---------------------------------------|
| | Timer | Kroner – inkl. hhv. 20-70 % overhead | Timer | Kroner – inkl. hhv. 20-70 % overhead | Timer | Kroner – inkl. hhv. 20-70 % overhead. |
| Spor 1-kommuner (N = 13) | 41 | 21.099 – 29.890 kr. | 11 | 5.661 – 8.019 kr. | 102 | 52.490 – 74.361 kr. |
| Spor 2-kommuner (N = 4) | 52 | 26.760 – 37.910 kr. | 9 | 4.632 – 6.561 kr. | 109 | 56.093 – 79.465 kr. |

Anm.: De medarbejdere, som varetager indsatserne, kan have varierende uddannelsesmæssig baggrund, men vil ofte være en psykolog. Omregningen til kroner foretages derfor ved at gange timetallet med den effektive timesats for en kommunal ansat psykolog, som er beregnet til 429 kr. Hertil lægges et standard-overhead på hhv. 20 og 70 % i omregningen til kroner for at illustrere, hvad det betyder for beregningen. Se metodebilag for beregning af den effektive timesats.

Kilde: Timeforbrug er hentet fra kommunernes logbogsdata. Data om psykologernes årsløn er hentet fra www.krl.dk.

Tabellen viser omvendt, at de mindre erfarne kommuner bruger lidt færre timer pr. forløb. Her er datagrundlaget dog sparsomt, idet kun fire kommuner fra spor 2 indgår, hvorfor resultatet skal fortolkes med en vis varsomhed.²⁷

²⁷ Når der ikke indgår lige så mange kommuner som i opgørelsen ovenfor, skyldes det – ud over et generelt begrænset datagrundlag – at det for gruppeindsatser har været uvist, om timetallet var opgjort som timeforbrug på gruppen eller pr. barn. Derfor indgår kun de kommuner, der har implementeret individuelle indsatser, så vi er sikre på, at timeforbruget var opgjort pr. barn/unge.

Forskellen mellem de to opgørelsesmetoder kan dog indikere, at det for de uerfarne kommuner først og fremmest er de aktiviteter, der ligger forud for og rundt om et forløb, der gør det dyrere, dvs. implementeringsomkostninger som fx uddannelse eller udvikling af et forløb samt evaluering og tilpasning undervejs. En anden forklaring kan være, at de uerfarne kommuner bruger flere ressourcer på at henvise og screene børn/unge/familier, som ikke ender med at modtage indsatsen alligevel.

4.2 Manualbaserede indsatser

I Tabel 4.3 ser det umiddelbart ud til, at de samlede udgifter pr. forløb er højere i kommuner, der *alene* anvender manualbaserede indsatser, sammenlignet med kommuner, der enten kun anvender egenudviklede indsatser, eller som anvender en blanding af manualbaserede og egenudviklede indsatser.²⁸

Det kan betyde, at de manualbaserede indsatser er mere udgiftskrævende. Resultatet skal imidlertid tolkes varsomt, idet der fx ikke er taget højde for, om det er en gruppebaseret eller individuel indsats eller en erfaren eller uerfaren kommune, der leverer indsatsen. Det er ikke muligt at kontrollere for betydningen heraf, da relativt få kommuner indgår i opgørelsen.

Tabel 4.3 Samlede udgifter pr. barn/ung/familie, der har modtaget et forløb – opdelt på kommuner med kun manualbaserede indsatser og øvrige kommuner

| | Gennemsnit | Min. | Maks. |
|---|------------|------------|-------------|
| Kun manualbaserede indsatser (N = 22) | 84.947 kr. | 21.588 kr. | 249.651 kr. |
| Egne indsatser eller blandet manual/egne (N = 11) | 67.006 kr. | 9.227 kr. | 207.248 kr. |

Anm.: Bemærk, at data om antal er behæftet med usikkerhed. Udgiftsdata rummer både implementerings- og driftsomkostninger, både lønudgifter og øvrige omkostninger.

Kilde: Data: Kommunernes puljeregnskaber (kroner) + kommunernes statusrapporter (antal forløb).

Ser vi alene på det gennemsnitlige timeforbrug pr. gennemført forløb, er timeforbruget også højere i kommuner, der alene har manualbaserede indsatser,

²⁸ Vi har også undersøgt, hvordan det ser ud, hvis vi opgør gennemsnittet for kommuner, der *alene* anvender egenudviklede indsatser. Her er gennemsnittet højere (92.359 kr.) end gennemsnittet for kommuner, der alene anvender manualbaserede indsatser – det skyldes imidlertid, at kommunen med de allerhøjeste udgifter pr. forløb (207.248 kr.) befinder sig i denne lille gruppe bestående af kun fem kommuner – kommunen med de næsthøjeste udgifter i denne gruppe har således et gennemsnit på 80.449 kr. pr. forløb. Når vi opgør gennemsnittet for så lille et antal kommuner, er det således af stor betydning for gennemsnittet, når der er en outlier.

sammenlignet med de øvrige kommuner. Det fremgår af Tabel 4.4. I opgørelsen indgår kun individuelle indsatser.²⁹ Også af den grund er datagrundlaget endnu mere spinkelt her, idet kun 17 kommuner indgår i alt og kun 6 kommuner i den ene gruppe.

Tabel 4.4 Timeforbrug pr. barn, der har gennemført en indsats – opdelt på kommuner med *kun* manualbaserede indsatser og øvrige kommuner, omregnet til kroner med hhv. 20 og 70 % overhead

| | Gennemsnit | | Min. | | Maks. | |
|---|------------|--------------------------------------|-------|--------------------------------------|-------|--------------------------------------|
| | Timer | Kroner – inkl. hhv. 20-70 % overhead | Timer | Kroner – inkl. hhv. 20-70 % overhead | Timer | Kroner – inkl. hhv. 20-70 % overhead |
| Kommuner, der <i>kun</i> har manualbaserede indsatser (N = 11) | 51 | 26.245 – 37.181 kr. | 11 | 5.661 – 8.019 kr. | 109 | 56.093 – 79.465 kr. |
| Øvrige kommuner (egne indsatser eller blandet manualbaserede og egne indsatser (N = 6)) | 30 | 15.438 – 21.871 kr. | 9 | 4.632 – 6.561 kr. | 45 | 23.158 – 32.807 kr. |

Anm.: De medarbejdere, som varetager indsatserne, kan have varierende uddannelsesmæssig baggrund, men vil ofte være en psykolog. Omregningen til kroner foretages derfor ved at gange timetallet med den effektive timesats for en kommunal ansat psykolog, som er beregnet til 429 kr. Hertil lægges et standardoverhead på hhv. 20 og 70 % i omregningen til kroner for at illustrere, hvad det betyder for beregningen. Se metodebilag for beregning af den effektive timesats.

Kilde: Timeforbrug er hentet fra kommunernes logbogsdata. Data om psykologernes årsløn er hentet fra www.krl.dk.

4.3 Udgiftsforskelle mellem kommunerne

Som det fremgår af Tabel 4.5, er gruppebaserede indsatser ikke overraskende billigere pr. barn/ung/familie, der har modtaget et forløb, end individuelle indsatser.

²⁹ For gruppeindsatser har det i logbogsdata ikke været tydeligt, om timetallet var opgjort som timeforbrug på gruppen eller pr. barn. Kommuner med gruppeindsatser indgår derfor ikke.

Tabel 4.5 Samlede udgifter pr. barn/ung/familie, der har *modtaget* et forløb – opdelt på individuelle indsatser og gruppeindsatser

| | Gennemsnit | Min. | Maks. |
|---------------------------------|------------|------------|-------------|
| Individuelle indsatser (N = 17) | 98.576 kr. | 33.401 kr. | 249.651 kr. |
| Gruppeindsatser (N = 5) | 36.958 kr. | 21.588 kr. | 63.263 kr. |

Anm.: Bemærk, at data om antal er behæftet med usikkerhed. Udgiftsdata rummer både implementerings- og driftsomkostninger, både lønudgifter og øvrige omkostninger.

Kilde: Data: Kommunernes puljeregnskaber (kroner) + kommunernes statusrapporter (antal forløb).

Opgørelsen er kun baseret på 22 kommuner, da kommuner med mere end én indsats ikke har kunnet placeres entydigt i en af de to kategorier.

Det fremgår desuden af tabellen, at der er langt større forskel på udgiften pr. forløb kommunerne imellem, når det gælder den gennemsnitlige udgift pr. forløb for *individuelle* indsatser end for *gruppebaserede* indsatser. En del af forklaringen herpå er, at 4 ud af de 5 kommuner med gruppebaserede indsatser har implementeret en variant af Cool Kids eller Chilled, hvorfor der er relativt stor overensstemmelse i udgiftsniveauet kommunerne imellem, da indsatsen i store træk er den samme.

Anderledes ser det ud med de individuelle indsatser. De spænder således bredt i udgiftsniveau kommunerne imellem og forventeligt dermed også i intensitet og/eller varighed. Den billigste individuelle indsats består således af et kortere samtaleforløb, mens den dyreste individuelle indsats er Back2School.

Men selv når vi ser på den samme indsatstype, er der væsentlig forskel mellem kommunerne på, hvad den gennemsnitlige udgift er, jf. Tabel 4.6. Igen ser vi, at der er større spænd i de samlede udgifter pr. forløb for de to individuelle indsatstyper (Mind My Mind og Back2School) end for den gruppebaserede indsats (Cool Kids/Chilled). Det fremgår desuden, at Back2School er den dyreste af de to individuelle indsatstyper.

Tabel 4.6 Samlede udgifter pr. barn/ung/familie, der har *modtaget* et forløb – opgjort for Back2School, Mind My Mind og Cool Kids/Chilled

| | Gennemsnit | Min. | Maks. |
|---|-------------|------------|-------------|
| Back2School (N = 7) | 127.868 kr. | 57.280 kr. | 249.651 kr. |
| Mind My Mind (N = 3) | 73.062 kr. | 49.049 kr. | 111.673 kr. |
| Cool Kids/Chilled (inkl. forløb med AFS-tilpasning) (N = 4) | 30.415 kr. | 21.588 kr. | 35.203 kr. |

Anm.: Bemærk, at data om antal er behæftet med usikkerhed. Udgiftsdata rummer både implementerings- og driftsomkostninger, både lønudgifter og øvrige omkostninger.

Kilde: Data: Kommunernes puljeregnskaber (kroner) + kommunernes statusrapporter (antal forløb).

De ovenstående udgiftsopgørelser omfatter som nævnt alle udgifter i løbet af projektet, dvs. både implementerings- og driftsomkostninger, ligesom udgifter til visitation og screening af børn/unge/familier, der ender med ikke at påbegynde indsatsen, også indgår.

Ser vi alene på det kommunegennemsnitlige timeforbrug pr. gennemført forløb, finder vi dog også, at dette er højere for Back2School end for Mind My Mind, jf. Tabel 4.7. I begge tilfælde er datagrundlaget spinkelt, men når vi sammenholder de to opgørelser indikerer det dog, at det er selve forløbet og ikke alene opstartsomkostninger eller ressourceforbruget til indledende visitation og screening, som gør Back2School mere omkostningstungt end Mind My Mind.

Tabel 4.7 Kommunegennemsnitligt timeforbrug pr. barn, der har *gennemført* en indsats – opgjort for Back2School og Mind My Mind, omregnet til kroner med hhv. 20 og 70 % overhead

| | Gennemsnit | | Min | | Max | |
|--|------------|--------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|--------------------------------------|
| | Timer | Kroner – inkl. hhv. 20-70 % overhead | Timer | Kroner – inkl. hhv. 20-70 % overhead. | Timer | Kroner – inkl. hhv. 20-70 % overhead |
| Back2School (N = 5 kommuner, 52 forløb) | 75 | 38.596 – 54.678 kr. | 42 | 21.614 – 30.619 kr. | 109 | 56.093 – 79.465 kr. |
| Mind My Mind (N = 3 kommuner, 120 forløb) | 29 | 14.924 – 21.142 kr. | 21 | 10.807 – 15.310 kr. | 39 | 20.070 – 28.432 kr. |

Anm.: De medarbejdere, som varetager indsatserne, kan have varierende uddannelsesmæssig baggrund, men vil ofte være en psykolog. Omregningen til kroner foretages derfor ved at gange timetallet med den effektive timesats for en kommunal ansat psykolog, som er beregnet til 429 kr. Hertil lægges et standardoverhead på hhv. 20 og 70 % i omregningen til kroner for at illustrere, hvad det betyder for beregningen. Se metodebilag for beregning af den effektive timesats.

Kilde: Timeforbrug er hentet fra kommunernes log-bogs-data. Data om psykologernes årsløn er hentet fra www.krl.dk.

Det er dog samtidigt tydeligt, at en ganske betydelig del af de samlede udgifter pr. barn/ung/familie, der har modtaget et forløb, knytter sig til de udgifter, der ligger forud for og rundt om de konkrete forløb, der gennemføres. Dvs. selve implementeringen forud for indsatsen i form af uddannelse og andre indledende forberedelser samt det samarbejde på tværs af fagprofessionelle, der foregår løbende, for at det organisatoriske setup omkring indsatsen fungerer, evalueres, tilpasses m.m.

5 Ledelse og implementering

En lang række faktorer kan understøtte eller udfordre implementeringen (Fixsen et al., 2009; Hill & Hupe, 2022; Ogden et al., 2009; Winter & Nielsen, 2008). I dette kapitel sætter vi fokus på ledelse i form af forandringsledelse, som tidligere undersøgelser har vist er særlig vigtig for implementeringen, og vi undersøger, om medarbejdernes deltagelse i implementeringen har understøttet forandringer blandt PPR-medarbejderne.

Boks 5.1 Hovedkonklusion: ledelse og implementering

- **Forandringsledelse har en positiv sammenhæng til PPR-medarbejdernes oplevelse af at kunne håndtere deres arbejde.** De PPR-medarbejdere, der vurderer, at deres leder praktiserer forandringsledelse, føler også i højere grad, at de gør en forskel for børn og unge i mistrivsel, at de er rustet til at indfri de fleste krav i deres arbejde, og at de normalt kan finde løsninger på problemer og på noget at gøre ved det.
- Forandringsledelse har også en positiv sammenhæng til PPR-medarbejdernes vurdering af PPR's muligheder for at hjælpe børn og unge. De PPR-medarbejdere, der vurderer, at deres leder praktiserer forandringsledelse, vurderer også i højere grad end deres kollegaer, at PPR har tidlige og forebyggende tilbud, der hjælper børn, inden deres problemer bliver for store, og at de tilpasses det enkelte barns/unges behov og problemer.
- De PPR-ledere og -medarbejdere, som har deltaget i implementeringen, vurderer i mindre grad end dem, der ikke har været en del af implementeringen, at de er udfordret, i forhold til at hjælpe til børn/unge i psykisk mistrivsel tilpasses den enkelte unges/barns behov og udfordringer, og at forældre og skoler ved, hvordan de skal få fat på os i PPR. Dertil kommer, at de oplever samarbejdet mellem PPR, skoler og uddannelsesinstitutioner som mindre udfordrende, og de vurderer deres faglige kompetencer højere, end det er tilfældet for de medarbejdere, der ikke har deltaget i implementeringen.

Kapitlet er struktureret i to afsnit. Afsnit 5.1 undersøger forandringsledelse, mens afsnit 5.2 sætter fokus på, hvad det betyder for PPR-medarbejderne at have deltaget i implementeringen versus ikke at have deltaget i implementeringen.

5.1 Forandringsledelse

Flere ledelsesformer kan være relevante i undersøgelsen. Forandringsledelse fremhæves imidlertid ofte som én af de vigtigste drivkræfter i implementeringen (Fernandez & Rainey, 2006; Fixsen et al., 2015; Kotter, 1995) og kan derfor være særlig relevant. Forandringsledelse indebærer, at ledelsen klart kommunikerer, hvad formålet er med en indsats, hvorfor den er nødvendig, og hvad det konkret betyder for den enkelte medarbejder. Vi betragter her både formelle ledere af PPR og projektledere som ledere. Det skyldes, at projektlederne har varetaget en særlig rolle og i mange tilfælde har været den drivende kræft i implementeringen.

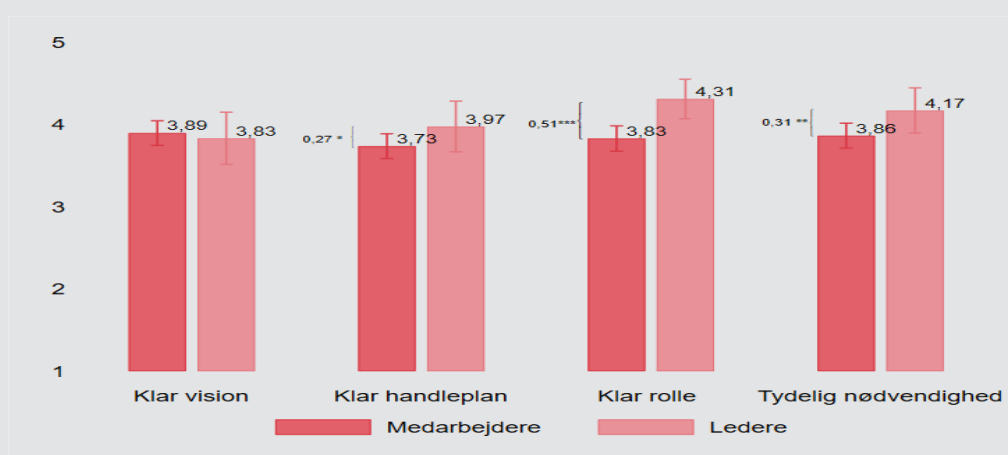
Elementer i forandringsledelse

- Præsenteret en klar vision for, hvad formålet er med lettere behandling?
- Præsenteret en klar handleplan for, hvordan I skal gennemføre lettere behandling?
- Talt med dig (på en klar måde) om, hvad din rolle er i lettere behandling?
- Tydeliggjort, hvorfor det er nødvendigt med lettere behandlingstilbud?

Figur 5.1 viser, at både PPR-ledere og -medarbejdere i høj grad vurderer, at lederne bedriver forandringsledelse.

Figur 5.1 Forskel i ledervurderet og medarbejderoplevet ledelse

Gennemsnit.



Anm.: 'I hvilken grad har ledelsen (fx PPR-ledere og/eller projektledere)...', 'I hvilken grad har du...'

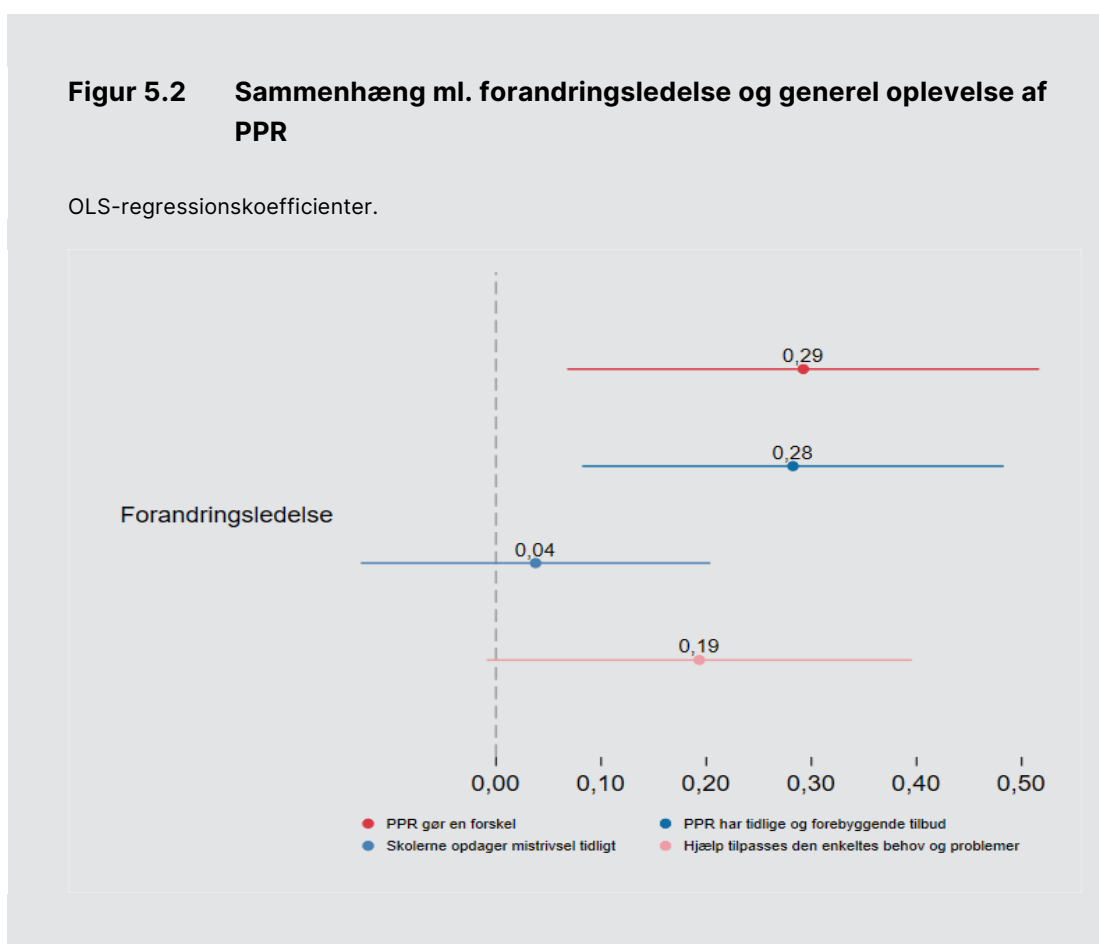
n(ledere) = 35-36. n(Medarbejdere) = 149-152. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Svarkategorier fra 1 'Slet ikke' til 5 'I meget høj grad'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Der er en statistisk signifikant forskel på, hvorvidt ledere og medarbejdere oplever, at ledelsen formulerer en klar handleplan, samt tydeliggør medarbejderens rolle i projektet og nødvendigheden af lettere behandlingstilbud. Størst forskel mellem ledere og medarbejdere er i deres oplevelse af, at der bliver talt om, hvad medarbejderens rolle er i lettere behandling. Derimod opfatter medarbejderne i lige så høj grad som ledelsen, at ledelsen præsenterer en klar vision for, hvad formålet er med lettere behandling.

5.1.1 Forandringsledelse og implementering

Grundlæggende vidner regressionskoefficienterne i Figur 5.2 om, at forandringsledelse har en vis sammenhæng til medarbejdernes vurdering af PPR, hvilket indikerer, at forandringsledelse kan understøtte implementeringen.



Anm.: 'Hvor enig/uenig er du i følgende?'

n = 151 – 153. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Kontrolvariablene alder, antal år i stilling og uddannelse er ekskluderet i visualiseringen. Konfidensintervaller = 95 %. Afhængige variable er skaleret 1-5. 1 = 'Helt uenig' 5 = 'Helt enig'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Vi finder således en positiv signifikant sammenhæng mellem forandringsledelse og PPR-medarbejdernes oplevelse af, at PPR gør en forskel for børnene/de unge i målgruppen. Oplevelsen af, at det gør en forskel for børn/unge i psykisk mistrivsel, stiger med 0,29, når forandringsledelse stiger med én enhed. Forandringsledelse har desuden en positiv statistisk signifikant sammenhæng med oplevelsen af, at PPR har et tidligere og forbyggende tilbud. Oplevelsen af tidligere og forbyggende tilbud i PPR stiger med 0,28, når forandringsledelse stiger med én enhed. Der er ingen statistisk sammenhæng mellem forandringsledelse og PPR-medarbejdernes vurdering af, at hjælp tilpasses den enkeltes behov og problemer, men resultatet viser samme tendens. Det skal desuden understreges, at der i analysen ikke indgår kontrolvariabler.

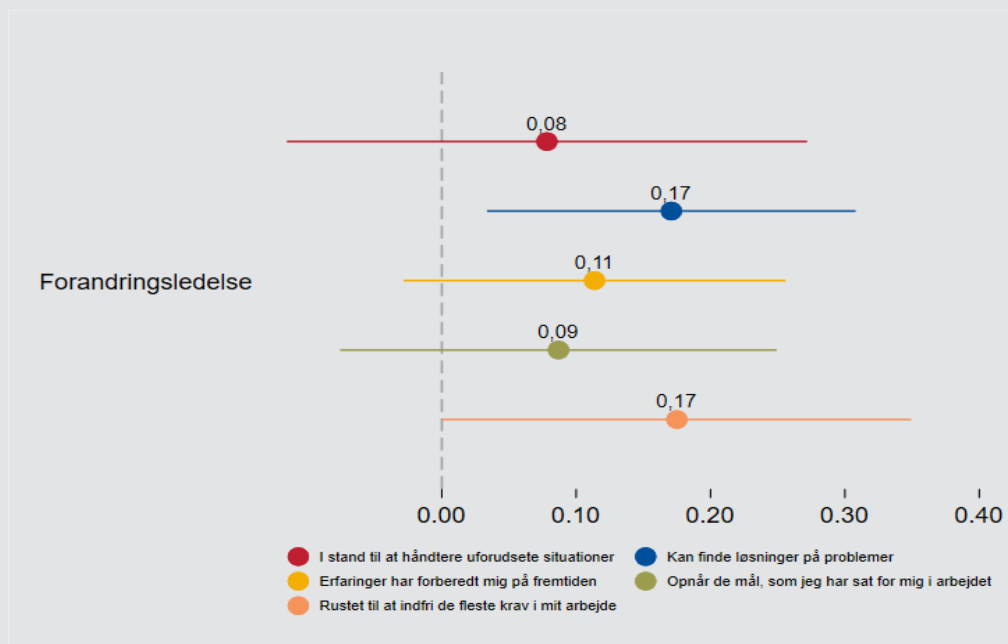
I interviewene peger PPR-medarbejdere på vigtigheden af et tydeligt formål og plan for indsatsen. Et tydeligt eksempel er citatet nedenfor, hvor en medarbejder forklarer, hvordan tydelighed omkring mål og proces kan skabe mere sikkerhed:

Det giver sådan en uro, når vi ikke ved, hvad vi skal. I starten var det utydeligt, hvorfor vi skulle arbejde med lettere behandling, og hvad det konkret betød. Men da hun [lederen, red.] ligesom fik forklaret, at vi ikke skulle lave alt om, men på mange fortsætte i samme spor og så bare tilbyde noget ekstra til børnene. Ja, så kunne jeg se meningen med det. (PPR-medarbejder)

De PPR-medarbejdere, der vurderer, at deres leder praktiserer forandringsledelse, oplever også en højere arbejdsglæde og føler sig i højere grad rustet til at indfri de fleste krav i deres arbejde, og at de normalt finder kan løsninger på problemer og på noget at gøre ved det. Der er tale om statistisk signifikante sammenhænge. Det fremgår af Figur 5.3.

Figur 5.3 Sammenhæng ml. forandringsledelse og vurdering af eget arbejde

OLS-regressionskoefficienter.



Anm.: 'Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?'

n = 151-152. Baseret på besvarelser fra PPR-ledere, projektledere og PPR-medarbejdere. Kontrolvariablene alder, antal år i stilling og uddannelse er ekskluderet i visualiseringen. Konfidensintervaller = 95 %. Afhængige variable er skaleret 1-5. 1 = 'Helt uenig' 5 = 'Helt enig'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Både oplevelsen af at kunne finde løsninger på problemer og at være rustet til at indfri de fleste krav i sit arbejde stiger med 0,17 enhed, når oplevelsen af forandringsledelse stiger med en enhed. Forandringsledelse har imidlertid ingen sammenhæng til PPR-medarbejdernes oplevelse af at kunne håndtere uforudsete situationer, at opnå de mål, som de har sat sig for, og af at erfaring har rustet dem til fremtiden.

5.2 Generel implementering

Alle interviewpersoner i PPR vurderer, at det har været et stort arbejde at deltage i projektet, herunder særligt at skulle arbejde på en anderledes måde i forhold til en eller flere af de faglige anbefalinger. De forklarer, at de har manglet tid til at arbejde med nye arbejdsmåder og i nogle tilfælde også nye

typer af indsatser. Flere vurderer også, at projektperioden har været kort, og mange af kommunerne kom først i gang med implementeringen et år efter projektstart³⁰. Interviewpersonerne vurderer derfor ikke, at de er i mål i forhold til at implementere hverken lettere behandling eller de faglige anbefalinger.

Analyserne tyder på, at deltagelse i implementeringen har en positiv betydning. Grundlæggende er de PPR-medarbejdere, der har deltaget i implementeringen, mere positive over for, at PPR kan hjælpe børn og de unge, end de PPR-medarbejdere, som ikke har deltaget i implementeringen (jf. Tabel 5.1). Især i forhold til om hjælpen tilpasses barnet/den unges behov og udfordringer. Denne forskel er statistisk signifikant ($p < 0,001$). Deltagere i implementeringen oplever også i signifikant højere grad, at de gør en forskel for børn/unge i psykisk mistrivsel, at forældre og skoler ved, hvordan de skal få fat i PPR, og der i PPR er tidlige og forebyggende tilbud, der hjælper børn, inden deres problemer bliver så store, at de skal håndteres af psykiatrien.

Tabel 5.1 Generel oplevelse af PPR

| | Deltagere i implementeringen | Ikke-deltagere i implementeringen | Forskel |
|--|------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| Jeg oplever, at vi gør en forskel for børn/unge i psykisk mistrivsel. | 4,39 (0,06) | 4,23 (0,04) | -0,16 * |
| Jeg oplever, at vi har tidlige og forebyggende tilbud i PPR, der hjælper børn, inden deres problemer bliver så store, at de skal håndteres af psykiatrien. | 3,74 (0,07) | 3,60 (0,06) | -0,14 |
| Jeg oplever, at forældre og skoler ved, hvordan de skal få fat på os i PPR. | 4,24 (0,06) | 4,08 (0,05) | -0,16 * |
| Jeg oplever, at skolerne er gode til at opdage tidlige tegn på børn/unge i mistrivsel. | 3,50 (0,06) | 3,50 (0,05) | 0,00 |
| Jeg oplever, at hjælp til børn/unge tilpasses den enkeltes behov og problemer. | 3,92 (0,06) | 3,49 (0,06) | -0,43 *** |

Anm.: 'Hvor enig/uenig er du i følgende?'

Note: Gennemsnit med standardfejl i parentes. n(deltaget) = 173-175. n(ikke deltaget) = 306-310. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$. Alle variable er skaleret 1-5.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Resultatet indikerer, at det gør en positiv forskel for PPR-medarbejderne at deltage i implementeringen, herunder at det ruste dem til at håndtere nogle af de udfordringer, der findes blandt børn og unge. Det understøttes delvist i in-

³⁰ Det skyldes bl.a. covid-19. Forsøget blev derfor også udvidet med et halvt år.

interviewene, hvor stort set alle PPR-medarbejdere beskriver, at lettere behandling er en måde, hvorpå de kan håndtere nogle af de udfordringer, som børn og unge møder. Og de vurderer, at lettere behandling i regi af PPR giver mulighed for at kombinere det individuelle perspektiv med børnene/de unges kontekst (se evt. afsnit 5.3). Samtidig ser flere PPR-medarbejdere også lettere behandling som en måde, hvorpå de kan komme tættere på børnene/de unge og som et bidrag til at udvide og styrke deres faglighed.

Resultatet skal naturligvis også tolkes med en vis varsomhed, da de PPR-medarbejdere, der udpeges til at deltage i lettere behandling, sagtens kan være generelt mere positive end deres kollegaer. Et sådant mere positivt udgangspunkt, og ikke deltagelse i lettere behandling, kan således også være en årsag til, at vi finder forskelle.

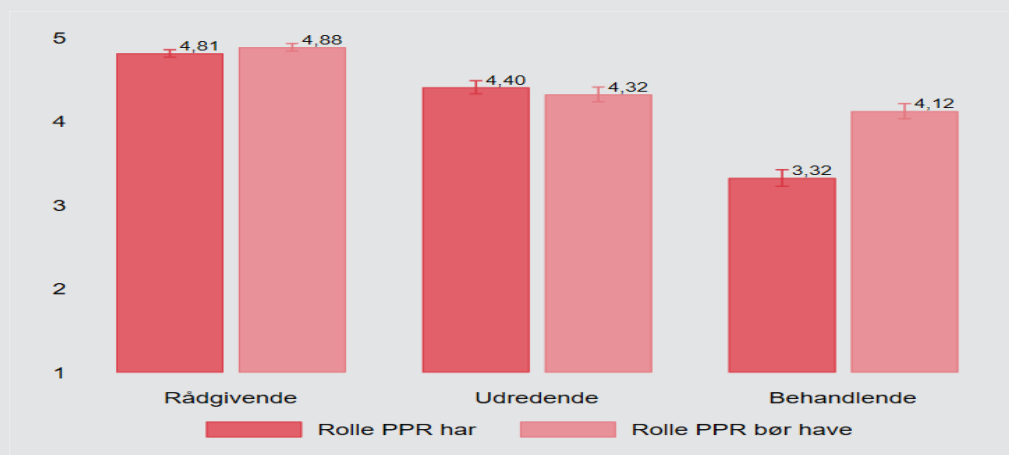
5.3 PPR's rolle: rådgivning, udredning og behandling

Vi har spurgt alle PPR-ledere og PPR-medarbejdere i de 37 kommuner, hvilken rolle PPR har i deres kommuner i forhold til at varetage hhv. rådgivende, udredende og behandlende opgaver. Dermed kan vi få et indtryk af deres erfaring med og holdning til at tilbyde lettere behandling i regi af PPR. Medarbejdernes holdning til en indsats er nemlig ofte vigtig for, at indsatsen implementeres i medarbejderens praksis (Mikkelsen et al., 2017).

Vi sammenligner de PPR-ledere og -medarbejdere, der har deltaget i implementeringen, med de PPR-ledere og -medarbejdere, der ikke har deltaget i implementeringen.

Figur 5.4 Vurdering af, hvilken rolle PPR *har* og *bør* have

Gennemsnit.



Anm.: 'Hvor enig/uenig er du i, at PPR har følgende roller i din kommune?', 'Hvor enig/uenig er du i, at PPR bør have følgende roller i din kommune?'

n = 481-495. Inkluderer både PPR-ledere, projektledere og PPR- medarbejdere. Svarkategorier fra 1 'Helt uenig' til 5 'Helt enig'.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Figur 5.4 viser, at PPR-ledere og -medarbejdere i nogen grad vurderer, at PPR har en behandlende rolle. De angiver imidlertid i langt højere grad, at PPR *bør* have en behandlende rolle. En forskel, der er statistisk signifikant og indikerer, at ledere og medarbejdere i PPR er positive over for at skulle varetage en mere behandlende rolle. Det understøttes af, at knap 80 % af PPR-ledere og -medarbejdere angiver, at det i høj eller meget høj grad ville hjælpe børn og unge i psykisk mistrivsel, hvis PPR havde en mere aktiv rolle i behandlingen (jf. Bilagstabel 2.1). En konklusion, der også understøttes af tidligere undersøgelser (Bjørnholt & Thøstesen, 2021).

Yderligere analyser viser desuden (jf. Bilagsfigur 2.2 og Bilagsfigur 2.3), at det særligt er de medarbejdere, som ikke har deltaget i implementeringen, der driver den statistisk signifikante forskel i PPR-medarbejdernes vurderinger af, hvilken rolle PPR hhv. har og bør have. De PPR-medarbejdere, der ikke har deltaget i implementeringen, angiver i signifikant lavere grad, at PPR varetager en behandlende rolle, når vi sammenligner med både ledere og andre PPR-medarbejdere, som har deltaget i implementeringen³¹. Men PPR-medarbejdere, som ikke

³¹ Der findes ikke en statistisk signifikans mellem medarbejdere i de to spor.

deltager i implementeringen, vurderer i lige så høj grad som deres kollegaer, at PPR bør varetage en behandlende rolle. PPR-medarbejdernes positive blik på lettere behandling kan være en god forudsætning for at implementere lettere behandling i regi af PPR. Tidligere forskning viser således, at medarbejdernes holdning til en indsats er særlig vigtig for indsatsens implementering (Cramer et al., 2021; Fixsen et al., 2009), og medarbejdernes manglende accept er omvendt én af de største implementeringsbarrierer (Bovey & Hede, 2001).

Både interview og kommentarer til spørgeskemaet viser imidlertid en vis ambivalens i PPR-medarbejdernes vurdering af, hvorvidt PPR skal varetage lettere behandling. PPR-medarbejdernes skepsis skyldes en bekymring for, at "behandling" bliver for individorienteret og primært retter sig mod det enkelte barn eller den unge i form af en mere diagnostisk tilgang og i mindre grad har fokus på barnet og den unges kontekst. Det vil sige de fællesskaber, som børn og unge indgår i med eksempelvis kammerater, forældre og værger. Citatet nedenfor illustrerer netop denne bekymring, som genfindes i en lang række interview og kommentarer:

Jeg kan blive bange for, at PPR bliver en organisation med for mange "hatte", hvis vi skal have flere behandlingsopgaver. PPR står netop for "pædagogisk psykologisk rådgivning", og jeg mener, at det er vores opgave at klæde barnets kontekst på til at hjælpe et barn i vanskeligheder. Jeg kan på den anden side tænke, at det er en fordel, at vi har den behandlende rolle, fordi vi kender barnets kontekst og på den måde kan kvalificere os til en mere personlig og "bedre" hjælp. Jeg kan dog blive bange for, at vores rolle i det forebyggende arbejde bliver endnu mindre, hvis vi får en behandlende rolle. (PPR-medarbejder, interview)

I forsøget har det netop været centralt, at de lettere behandlingsindsatser også inddrager børn og unges kontekst, hvilket fremgår af afsnit 3.3. Denne og tidligere undersøgelser (fx Eva, 2022) peger desuden på, at ønsket om at inddrage børn og unges kontekst står centralt for PPR-medarbejdere.

6 VIVEs opmærksomheds- punkter til lovende praksis

Vi finder samlet set en række gode tendenser i forsøget med 'en styrket indsats i PPR'. Dermed kan rapportens fund indgå som værdifulde bidrag og indsigter til at håndtere de voksende udfordringer i børn og unges trivsel. Ikke desto mindre finder vi også en række udfordringer – og implementeringsbarrierer – der er værd at diskutere med det formål at skubbe mere til udviklingen i praksis. I dette kapitel besvarer vi undersøgelsesspørgsmål 4 og kigger på tværs af resultaterne i rapportens analysedele, som vi supplerer med tidligere forskning på området.

Boks 6.1 oplister en række forhold, som kan være relevante at overveje i forhold til en eventuel videre udbredelse og implementering af lettere behandling. De oplyste forhold er ikke alle systematisk undersøgt i rapporten, men er identificeret på baggrund af evalueringens analyser og med afsæt i øvrig litteratur og erfaringer på området.

Boks 6.1 Potentialer for lovende praksis i forhold til udbredelse og implementering af lettere behandling

- Bevidsthed om, at lettere behandling kan være ressourcekrævende for familierne, og der kan være behov for ekstra støtte til mindre ressourcestærke familier
- Vær opmærksom på at fastholde positive resultater i skolen
- Udnyt, at PPR kan kombinere et individuelt perspektiv med et fokus på børn og unges kontekst
- Giv tid til implementeringen
- Det langsigtede perspektiv kan udfordres af den puljeorienterede tilgang
- Et potentiale i forhold til vurdering af egen faglighed og fastholdelse
- Et bevidst fokus på forandringsledelse
- Tydeliggør værdien af systematisk opfølgning og brug af data, og gør det simpelt.

Bevidsthed om, at lettere behandling kan være ressourcekrævende for familierne

De interviewede forældre oplever, at lettere behandling giver en særlig mulighed for, at de og deres børn bliver hørt og får hjælp. Både PPR og forældre vurderer imidlertid også, at det kræver ekstra ressourcer af familierne at deltage i lettere behandlingsforløb. Flere indsatser inddrager både børn og familier i intensive forløb, hvilket både medarbejdere og familier anser som positivt. Det kan imidlertid være en udfordring for mindre ressourcestærke familier, hvilket kan skabe en social skævhed, i forhold til hvilke børn og forældre der deltager i lettere behandling. En skævhed, det kan være relevant at være opmærksom på i forhold til en evt. udbredelse af lettere behandling i regi af PPR.

Vær opmærksom på at fastholde positive resultater i skolen

Trivsel er mange ting (se fx Ottesen, 2022), og denne rapport indfanger ikke nødvendigvis alle dimensioner af børn og unges trivsel. Undersøgelsens resultater tyder på, at børn og unge umiddelbart oplever, at deres trivsel øges efter at have modtaget lettere behandling i regi af PPR. Denne trivsel afspejles imidlertid ikke i lavere skolefravær og børnene og de unges skoletrivsels fastholdelse i de nationale trivselsmålinger. Undersøgelsen kan ikke give et dækkende svar på, hvorfor det er tilfældet. Noget tyder imidlertid på, at lettere behandling i PPR umiddelbart virker for det enkelte barn/den unge, men ikke understøttes i en skolekontekst efter behandlingen. Resultaterne peger derfor i retning af et behov for en særlig opmærksomhed på, hvordan man sikrer, at positive resultater for børn og unge fastholdes i skolen.

Udnyt, at PPR kan kombinere individuelt perspektiv med et fokus på børn og unges kontekst

Evalueringen finder, at PPR ofte har et særligt kendskab til børnene/de unge og deres kontekst. PPR kan derfor spille en særlig rolle i forhold til at kombinere en individuel behandlingsindsats med en indsats i barnets/den unges kontekst. Det vil sige de fællesskaber, som børn og unge indgår i med eksempelvis kammerater, forældre og værger. PPR-medarbejderne er i evalueringen generelt positive over for at skulle varetage lettere behandling, men de er bekymret for, at "behandlingen" bliver for individorienteret og primært retter sig mod det enkelte barn eller den unge i form af en mere diagnostisk tilgang og i mindre grad har fokus på barnet og den unges kontekst. I en evt. udbredelse af lettere behandling i PPR er det vigtigt at være opmærksom på, at PPR "står på to ben", og at udnytte PPR's særlige rolle i forhold til både at inddrage det enkelte barn/den unge og barnets/den unges kontekst.

Giv tid til implementeringen

Evalueringen viser, at kommuner vurderer, at det har været et stort arbejde at deltage i projektet, herunder særligt at skulle arbejde på en anderledes måde i forhold til implementering af en eller flere af de faglige anbefalinger. Selvom de er positive over for arbejdet med de faglige anbefalinger, vurderer de, at projektperioden har været for kort til, at de har kunnet implementere anbefalingerne ordentligt, og særligt arbejdet med data og dokumentation har haltet. Desuden kom mange kommuner først i gang med implementeringen et år efter projektstart, og til trods for en forlængelse af projektperioden havde de derfor blot knap halvandet år til at implementere indsatserne. Tidligere undersøgelser peger på, at det kan tage flere år at implementere (og forankre) ændringer i faglige praksisser, normer og interaktioner (Coburn, 2003; Proctor et al., 2011), som det er tilfældet med de faglige anbefalinger i forbindelse med lettere behandling. I en udbredelse af lettere behandling er det vigtigt at have for øje, at implementeringen tager tid og ekstra ressourcer.

Langsigtet perspektiv i den puljeorienterede tilgang

Lettere behandling er et puljeforsøg og dermed et udviklingsprojekt. Formålet om at integrere lettere behandling som en del af en strategisk og faglig udvikling er ambitiøst i et udviklingsprojekt, hvor intentionen bl.a. er at afprøve, om en indsats virker. Evalueringen peger desuden på, at den puljeorienterede tilgang kan være en udfordring i forhold til at forankre lettere behandling i kommunernes langsigtede strategiske og faglige udvikling. Det skyldes ikke puljemidlerne i sig selv, som har understøttet udvikling og implementering af lettere behandling i PPR. Det hænger mere sammen med, at kommunerne ikke nødvendigvis har de fornødne finansieringsmuligheder til at fortsætte og forankre udviklingsprojekter som lettere behandling. Det kan betyde, at projektet stopper eller antager en anden form, når puljemidlerne slipper op, og der i stedet igangsættes nye udviklingsprojekter. Ifølge interviewpersoner skyldes dette ikke, at kommunerne har dårlige erfaringer med lettere behandling, men fordi kommunerne i nogle tilfælde ikke har økonomi til at fortsætte de lettere behandlingsindsatser. I forbindelse med udbredelsen og implementeringen af lettere behandlingsindsatser bør der være en særlig opmærksomhed på at sikre den efterfølgende finansiering og forankring. Dette forudsætter naturligvis, at behandlingsindsatserne har vist sig at være virkningsfulde.

Lettere behandling kan have et potentiale i forhold til at styrke PPR-medarbejderes vurdering af egen faglighed og fastholdelse af medarbejdere i PPR

Evalueringen peger på, at PPR-medarbejdere, som har deltaget i implementeringen, vurderer deres egen faglighed højere, og de oplever i højere grad at kunne hjælpe børn og unge i mistrivsel sammenlignet med PPR-medarbejdere, som ikke har deltaget i implementeringen. Det tyder på, at lettere behandling

kan have en positiv indflydelse på medarbejdernes motivation og arbejdsglæde. Faglig udvikling kan være en afgørende motivationskilde for medarbejdere med stærk faglig identitet (Lund, 2022; Noordegraaf, 2007), hvilket er tilfældet for mange medarbejdere i PPR. Implementering af lettere behandling kan ses som en mulighed for faglig udvikling, hvilket potentielt kan understøtte fastholdelse af medarbejdere (Selden & Moynihan, 2000).

Systematisk fokus på forandringsledelse

Evalueringen har vist, at forandringsledelse er relevant i implementeringen af lettere behandling. Tidligere forskning peger da også på, at forandringsledelse er vigtig i forandringsprocesser, hvis intentionerne skal afspejle sig i medarbejdernes praksis (Gassner & Gofen, 2018; Hayes, 2022; May & Winter, 2009). Lige så vel som PPR-medarbejdere kan opleve lettere behandling som en positiv faglig udfordring, kan de også anse det som en uoverskuelig ny opgave. Analysen peger da også på, at nogle PPR-medarbejdere er bekymret for konsekvenserne af at tilbyde lettere behandling i regi af PPR. Lederne tæt på PPR-medarbejderne kan her spille en særlig rolle. De kan gøre det klart, hvorfor der er behov for, at PPR tilbyder lettere behandling, og hvad formålet (Hayes, 2018; Nadler & Nadler, 1998), men også hvad arbejdet med lettere behandling betyder for den enkelte medarbejder på kort og på langt sigt (Kotter, 2007; Moynihan et al., 2012). Det er således vigtigt, at der skabes tydelighed om formål, mulige konsekvenser og rammer for implementering, samt at lederne følger op på, hvordan implementeringen forløber.

Tydeliggør værdien af systematisk opfølgning af data, men gør det simpelt

Mål og systematiske data om barnets udfordringer og progression kan potentielt understøtte opfølgning både i forhold til udviklingen for det enkelte barn/den unge, men også på aggregeret niveau, i forhold til hvordan PPR mere generelt kan udvikle sig. Det kan blandt andet bidrage til at dokumentere, om behandlingsindsatserne har effekt og en samfundsøkonomisk gevinst. Både indsamling og opfølgning på screeningsværktøjer og systematiske data fra samtaler eller survey med barnet/den unges forældre eller skoler/institutioner har imidlertid været en udfordring i projektet. PPR-medarbejderne har vanskeligt ved at gennemskue, hvilken information data giver, og hvad de kan bruge data til. Det er særlig vigtigt for, at medarbejderne kan se en mening med at bruge data, hvis de skal have konsekvenser i praksis og bruges som redskab til at identificere udfordringer, mulige indsatser og progression både hos det enkelte barn/ung og i PPR mere generelt. PPR har begrænset erfaring med at indsamle og bruge data systematisk, og i implementeringen kan netop den anbefaling fortjene særlig opmærksomhed og støtte. Både i forhold til at kommunikere, hvorfor og hvordan data kan være fagligt meningsfuldt og i forhold til at gøre dataindsamling og brug heraf mere simpelt, så det ikke bliver en stor byrde i sig selv.

Litteratur

- Andersen, S. C., Gensowski, M., Ludeke, S., & Pedersen, J. H. (2015). *Evaluering af den nationale trivselsmåling for folkeskoler – og forslag til justeringer*. TrygFondens Børneforskningscenter.
- Andersen, S. H., Ladenburg, J., & Dyssegaard, P. S. (2020). *Danskernes mentale sundhed: Udvikling, baggrund og konsekvenser*. Rockwool Fonden.
- Behn, R. D. (2003). Why measure performance? Different purposes require different measures. *Public Administration Review*, 63(5), 586–606.
- Bjørnholt, B., & Jakobsen, M. L. (2020). Kvalitativ analyse: Kodning. I K. M. Hansen, L. B. Andersen, & S. W. Hansen (Red.), *Metoder i statskundskab* (2. udg., s. 212–227). Hans Reitzels Forlag.
- Bjørnholt, B., Jakobsen, T. L., Flarup, L. H., Søndergaard, N. M., Bojesen, A. B., Jørgensen, T. S., Juliussen, J., Hach, S., & Jørgensen, T. S. (2019). *Evaluering af Undervisningsministeriets læringskonsulentforløb og -aktiviteter: Indsatser på grundskole-, erhvervsuddannelses- og gymnasieområdet*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Bjørnholt, B., Thau, M., Wagner, M. R., Andersen, C. M., & Pedersen, C. M. (2022). *Samarbejde i folkeskolen: Et litteraturstudie af den internationale grundskoleforskning mellem 2010 og 2020*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Bjørnholt, B., & Thøstesen, A. (2021). *Kortlægning af PPR-ledernes oplevelse af de kommunale indsatser*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Bovey, W. H., & Hede, A. (2001). Resistance to organisational change: The role of defence mechanisms. *Journal of Managerial Psychology*, 16(7), 534–548.
- Bradshaw, J., Hoelscher, P., & Richardson, D. (2007). An index of child well-being in the European Union. *Social Indicators Research*, 80(1), 133–177.
- Børne- og Undervisningsministeriet. (2016). *Metodenotat: Beregning af indikatorer i den nationale trivselsmåling i folkeskolen*. Børne- og Undervisningsministeriet.

- Børne- og Undervisningsministeriet. (2020a). *Faglige anbefalinger vedr. udvikling og implementering af lettere behandlingstilbud i PPR*. Børne- og Undervisningsministeriet.
- Børne- og Undervisningsministeriet. (2020b). *Inspirationsoversigt: Metoder til implementering af lettere behandling*. Børne- og Undervisningsministeriet.
- Børns Vilkår & Trygfonden. (2021). *Selvskade: Et fysisk udtryk for psykisk mistrivsel blandt børn og unge*. Børns Vilkår & Trygfonden.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press.
- Coburn, C. E. (2003). Rethinking scale: Moving beyond numbers to deep and lasting change. *Educational Researcher*, 32(6), 3–12.
- Cramer, T., Ganimian, A., Morris, P., & Cappella, E. (2021). The role of teachers' commitment to implement in delivering evidence-based social-emotional learning programs. *Journal of School Psychology*, 88, 85–100.
- Danmarks Evalueringsinstitut. (2020). *Undersøgelse af kommunernes pædagogisk psykologiske rådgivning (PPR)*. Danmarks Evalueringsinstitut (EVA).
- Due, P., Diderichsen, F., Meilstrup, C., Nordentoft, M., Obel, C., Sandbæk, A., & Nielsen, A. T. (2014). *Børn og unges mentale helbred: Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. Vidensråd for Forebyggelse.
- Dyssegaard, C. B., & Egelund, N. (2016). *Systematisk kortlægning om forældreinvolvering og forældresamarbejde, der kan fremme læring hos socialt udsatte børn og unge i dagtilbud og skole*. Dansk Clearinghouse for Uddannelsesforskning, Aarhus University.
- Emmenegger, P., & Klemmensen, R. (2020). Kombinationer af kvalitative og kvantitative data. I K. M. Hansen, L. B. Andersen, & S. W. Hansen (Red.), *Metoder i statskundskab* (2. udg., s. 501–516). Hans Reitzels Forlag.
- Fernandez, S., & Rainey, H. G. (2006). Managing successful organizational change in the public sector. *Public Administration Review*, 66(2), 168–176.
- Fixsen, D., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531–540.

- Fixsen, D., Blase, K., Metz, A., & Van Dyke, M. (2015). Implementation science. I J. D. Wright (Red.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2. udg., s. 695–702).
- Gassner, D., & Gofen, A. (2018). Street-level management: A clientele-agent perspective on implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(4), 551–568.
- Grøn, A. B. (2023). *Will teamwork make the dream work? Investigating transversal collaboration in public service delivery*. Politicas ph.d.-serie. Institut for statskundskab, Aarhus Universitet.
- Gustafsson, J.-E., Allodi, M. W., Alin Åkerman, B., Eriksson, C., Eriksson, L., Fischbein, S., Granlund, M., Gustafsson, P., Ljungdahl, S., Ogden, T., & Persson, R. (2010). *School Learning and Mental Health: A Systematic Review*. The Royal Swedish Academy of Sciences, The Health Committee.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach* (2. udg.). The Guilford Press.
- Hayes, J. (2022). *The Theory and Practice of Change Management* (6. udg.). Bloomsbury Publishing.
- Hill, M., & Hupe, P. (2022). *Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance* (4. udg.). SAGE Publications.
- Hoyle, R., & Duvall, J. (2004). Determining the number of factors in exploratory and confirmatory factor analysis. I D. Kaplan (Red.), *The SAGE Handbook of Quantitative Methodology for the Social Sciences* (s. 302–317). SAGE Publications.
- Jensen, H. A. R., Davidsen, M., Ekholm, O., & Christensen, A. I. (2018). *Dan-skernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. Sundhedsstyrelsen.
- Jeppesen, P., Obel, C., Lund, L., Madsen, K. B., Nielsen, L., & Nordentoft, M. (2020). *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år: Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder*. Vidensråd for Forebyggelse.
- Jeynes, W. (2010). The salience of the subtle aspects of parental involvement and encouraging that involvement: Implications for school-based programs. *Teachers College Record*, 112(3), 747–774.

- Jeynes, W. (2012). A meta-analysis of the efficacy of different types of parental involvement programs for urban students. *Urban Education, 47*(4), 706–742.
- Kjer, M. G., Christensen, G., Mikuta, M. I., Enemark, M. H., & Rossen, C. V. (2023). *Evaluering af lov om styrket forældreansvar*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kotter, J. P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review, March-April*, 59–67.
- Kotter, J. P. (2007). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review, 85*(1), 2–12.
- Kristensen, N., Jensen, V. M., & Krassel, K. F. (2020). *Panelanalyse af bekymrende skolefravær*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- KRL. (2023). *SIRKA: Statistik over løn, ansættelse og fravær for 98 kommuner og 5 regioner*. <https://www.krl.dk/#/main>
- Lomholt, J. J., Arendt, J. N., Bolvig, I., & Thastum, M. (2018). *Children with low school attendance: Investigating contextual and individual risk factors*. Working paper. Aarhus Universitet.
- Lund, C. S. (2022). Professional development leadership in public organizations: A refined conceptualization. *Public Personnel Management, 51*(4), 516–537.
- May, P. J., & Winter, S. C. (2009). Politicians, managers, and street-level bureaucrats: Influences on policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory, 19*(3), 453–476.
- Mikkelsen, M. F., Jacobsen, C. B., & Andersen, L. B. (2017). Managing employee motivation: Exploring the connections between managers' enforcement actions, employee perceptions, and employee intrinsic motivation. *International Public Management Journal, 20*(1), 183–205.
- Moynihan, D. P. (2008). *The Dynamics of Performance Management: Constructing Information and Reform*. Georgetown University Press.
- Moynihan, D. P., Pandey, S. K., & Wright, B. E. (2012). Setting the table: How transformational leadership fosters performance information use. *Journal of Public Administration Research and Theory, 22*(1), 143–164.

- Nadler, D. A., & Nadler, M. B. (1998). The success syndrome. *Leader to Leader*, 1998(7), 43–50.
- Noordegraaf, M. (2007). From 'pure' to 'hybrid' professionalism: Present-Day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society*, 39(6), 761–785.
- OECD. (2009). Comparative Child Well-being across the OECD. I *Doing Better for Children* (s. 21–63). OECD.
- Ogden, T., Hagen, K. A., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 582–591.
- Ottosen, M. H., Andreasen, A. G., Dahl, K. M., Hestbæk, A.-D., Lausten, M., & Rayce, S. L. B. (2018). *Børn og Unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2018*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Ottosen, M. H., Andreasen, A. G., Dahl, K. M., Laursten, M., Rayce, S. B., & Tagmose, B. B. (2022). *Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2022*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Ottosen, M. H., & Montgomery, C. J. (2016). Unge med depressive symptomer. I J. P. Thomsen (Red.), *Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(2), 65–76.
- Rambøll. (2018). *Undersøgelse af hjemmeundervisning, fravær og børn uden for undervisningstilbud: Rapport til Undervisningsministeriet*. Rambøll.
- Rasmussen, M., Kierkegaard, L., Rosenwein, S. V., Holstein, B. E., Damsgaard, M. T., & Due, P. (Red.). (2019). *Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Rasmussen, M., Pedersen, T. P., & Due, P. (Red.). (2015). *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Selden, S. C., & Moynihan, D. P. (2000). A model of voluntary turnover in state government. *Review of Public Personnel Administration*, 20(2), 63–74.

Sundhedsstyrelsen. (2023). *Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel*. Sundhedsstyrelsen.

van Dooren, W., Bouckaert, G., & Halligan, J. (2015). *Performance Management in the Public Sector* (2. udg.). Routledge.

Winter, S., & Nielsen, V. L. (2008). *Implementering af politik*. Academica.



DEL 2

Dokumentation

Bilag 1 Design og metode

Undersøgelsens resultater er baseret på et omfattende datamateriale, som består af både kvalitative og kvantitative data. Kombinationen af datakilder bidrager til at belyse forskningsspørgsmålene fra flere perspektiver og en nuancering af resultaterne. Desuden bidrager kombinationen af metoder til at øge undersøgelsens validitet, idet opnåelse af samme resultater på tværs af metoder understøtter resultaternes gyldighed (Emmenegger & Klemmensen, 2020: 502). Nedenfor beskrives henholdsvis de kvantitative og kvalitative metoder.

Kvantitativ metodebeskrivelse

Den kvantitative del af denne evaluering af 'En styrket indsats i PPR' består af fire datakilder:

1. *Logbog*, der udfyldes før og efter forløbet af PPR-medarbejderne for hvert barn/hver ung, som tilbydes en lettere behandlingsindsats i regi af PPR.
2. *Spørgeskemaundersøgelse*, der udsendes til PPR-ledere og -medarbejdere i de deltagende kommuner.
3. *Registerdata* fra Danmarks Statistik.
4. *Økonomital* fra de enkelte kommuner.

Logbog

Der udfyldes for hvert barn/hver ung en logbog ved forløbets opstart og afslutning. Logbogen bruges til 1) at karakterisere de forskellige former for lettere behandlingstilbud, 2) at foretage en før- og eftermåling af udfaldsmål omhandlende børnene/de unges udfordringer, livstilfredshed samt ensomhed og 3) at skabe overblik over medarbejdernes tidsforbrug til evalueringens omkostningsanalyse.

Logbogen er udarbejdet af VIVE i spørgeskemaprogrammet Defgo og udsendt til PPR-ledere i de 37 deltagende kommuner, der har videreformidlet til de relevante PPR-medarbejdere. Hver medarbejder har således modtaget to links (ved logbogens opstart og afsluttende del), som de har kunnet tilgå på ny for hvert opstartet/afsluttet forløb.

Den første logbog, som skal udfyldes ved behandlingens opstart, består af en række baggrundsspørgsmål og spørgsmål om det enkelte barns trivsel:

- *Baggrundsspørgsmålene* har til formål at afdække, hvad der ligger til grund for, at barnet/den unge tilbydes en lettere behandlingsindsats, udgangspunktet for barnets/den unges udfordringer, og hvilke konkrete indsatser der forventes af blive gennemført med barnet/den unge.

- *Spørgsmål om barnets trivsel* besvares sammen med barnet/den unge og tager udgangspunkt i spørgsmål om livskvalitet og ensomhed, og disse fungerer som før-måling til evalueringens resultatanalyse.

Den anden logbog, som skal udfyldes ved behandlingens afslutning, består ligeledes af en række baggrundsspørgsmål, der besvares af den enkelte PPR-medarbejder, samt spørgsmål om barnets/den unges trivsel, der besvares i samarbejde med barnet/den unge.

- *Baggrundsspørgsmålene* i den afsluttende del af logbogen har til formål at afdække årsag til, at forløbet afsluttes, opfattet udbytte af forløbet for barnet/den unge samt antal aktiviteter og tidsforbrug i behandlingstilbuddet til barnet/den unge.
- *Spørgsmål om barnets trivsel* besvares sammen med barnet/den unge og tager udgangspunkt i spørgsmål om livskvalitet og ensomhed, og disse fungerer som efter-måling til evalueringens resultatanalyse.

I alt er 1.544 logbøger blevet udfyldt enten helt eller delvist ved opstarten og 1.286 logbøger ved afslutningen. Ved udfyldelsen af logbøgerne har PPR-medarbejderne skullet angive et alias for hvert barn/ung samt deres egen e-mailadresse. Dette for at kunne identificere det samme unikke barn/den samme unge ved både opstart og afslutning. I analyserne er kun anvendt logbøger for de børn/unge, hvor der både er en logbog ved opstarten og slutningen for at kunne lave de bedst mulige før- og eftermålinger på udfaldsmålene. Det vil sige, hvor der er én udfyldt logbog med samme kombination af alias og PPR-medarbejders e-mail både før og efter forløbet. Nogle PPR-medarbejdere har udfyldt flere logbøger ved opstart og afslutning med samme alias. Fordi det ikke er til at vide, hvilket barn disse besvarelser egentlig omhandler, er disse ikke medtaget i analyserne. Derudover indgår de logbøger ikke i analyserne, hvor der ikke er svaret på nogle af de tre udfaldsmål omhandlende ensomhed, trivsel, og barnets/den unges udfordringer. Tilbage er 1.035 børn og unge, som analyserne er baseret på.

I gennemsnit er der 61 dage imellem, at den første og den anden logbog er blevet udfyldt af PPR-medarbejderen. For knap halvdelen (46 %) af børnene/de unge er de to logbøger blevet udfyldt den samme dag af PPR-medarbejderen. Vi er bekendt med, at nogle PPR-medarbejdere i deres eget system har noteret, hvordan børnenes/de unges udgangspunkt var ved det lettere behandlingsforløbs opstart for så senere, ved afslutningen af forløbet, at skrive det ind i logbøgerne, hvorfor de to datoer ligger på samme dag. Vi kan dog ikke vide med sikkerhed, om PPR-medarbejderne faktisk først har udfyldt de to logbøger på samme tid og ikke har noteret noget, men har forsøgt at huske, hvordan børnene/de unge havde det ved opstarten. Vi har derfor gentaget alle analyser af før- eftermålingerne i Kapitel 2 for de børn/unge, hvor der er mere end 0 dage imellem, at de to logbøger er blevet udfyldt (562 børn/unge). Det ændrer ikke på de overordnede konklusioner af analyserne.

Spørgeskemaundersøgelse

Som led i evalueringen udsendes der et spørgeskema til PPR-ledere og -medarbejdere i de deltagende kommuner. Spørgeskemaundersøgelsen anvendes til evalueringens implementeringsanalyse, der har til formål af identificere, hvordan kommunerne implementerer de lettere behandlingsindsatser med særligt fokus på, i hvilken grad det sker i overensstemmelse med de faglige anbefalinger.

Spørgeskemaet er opbygget i fem substantielle blokke samt en introduktion og en afslutning (jf. Bilag 4):

1. *Baggrundsplysninger*: Spørgeskemaets første del består af en række baggrundsspørgsmål om respondenternes alder, stilling, anciennitet og lignende.
2. *De lettere behandlingstilbud*: Her spørges respondenterne ind til den/de lettere behandlingstilbud, som kommunen har valgt at arbejde med. Denne blok skal bl.a. afdække respondenternes holdning til det valgte behandlingstilbud (fx om indsatsen giver en lettere indgang til PPR), ledelsens håndtering i forhold til introduktion af tilbuddet samt den oplevede efterspørgsel efter lettere behandlingstilbud.
3. *Implementering af lettere behandling*: Denne blok skal afdække, hvordan kommunerne har implementeret de/det lettere behandlingstilbud i PPR. Her spørges respondenterne bl.a., hvordan de i kommunen typisk får kontakt med børn/unge i målgruppen, hvordan de forsøger at udvide kendskabet til lettere behandling, hvilke forhold der gør sig gældende i forbindelse med visitationen til lettere behandling, samt hvordan brugen af systematiske data fungerer.
4. *Generel oplevelse af PPR*: I denne blok spørges respondenterne til deres generelle vurdering af PPR i deres kommune; herunder oplevede forskel, PPR gør for børn/unge, opfattede udfordringer/muligheder samt holdning til, hvilken rolle PPR har/bør have.
5. *Faglig motivation og trivsel*: Endeligt omhandler den sidste blok PPR-ledernes og -medarbejdernes faglige motivation og trivsel. Her spørges respondenterne til deres arbejdsglæde samt self-efficacy i deres arbejde.

Spørgeskemaet er udarbejdet og udsendt i survey-programmet Defgo. De deltagende kommuner har været behjælpelige med at fremskaffe mailadresser på de relevante PPR-ledere og -medarbejdere. Spørgeskemaet er udsendt til i alt 1.230 mailadresser den 07-06-2022, og dataindsamlingen er stoppet den 15-09-2022, hvor 833 har besvaret spørgeskemaet. Det giver således en svarprocent på 68 %.

De fleste spørgsmål har Likert-skalerede svarkategorier. Svarkategorierne er i de fleste tilfælde enten en 5-punkts skala omhandlende enighed (helt uenig, uenig, hverken enig eller uenig, enig og helt enig) eller grad (slet ikke, i lav

grad, i nogen grad, i høj grad, i meget høj grad). I de fleste tilfælde er der desuden mulighed for at svare 'ved ikke'.

Analysestrategi

I evalueringen anvendes typisk deskriptive analyser til at vise gennemsnit, standardafvigelse, fordelinger og frekvenser af data. Denne tilgang er med til at give et overblik over centrale mønstre og resultater i data. Evalueringens primære sammenligningsgrundlag har været, hvorvidt kommunerne har fulgt spor 1 eller 2, samt hvorvidt der er tale om PPR-ledere/projektledere eller PPR-medarbejdere. Søjlediagrammer har bidraget til at visualisere forskelle og ligheder på tværs af disse grupper. Heri er også inddraget konfidensintervaller til at afgøre signifikante forskelle mellem grupperne.

I de fleste tilfælde anvender vi enkeltitems. I nogle tilfælde bruger vi dog indeks i analyserne, da nogle begreber har en flerdimensionel karakter. Fordele ved at anvende indeks er, at de som regel giver mere pålidelige mål end enkeltspørgsmål, såfremt der er en underliggende dimension, som indekset kan indfange – i dette tilfælde de faglige anbefalinger. Alle indeks er konstrueret som sumindeks. Med henblik på at validere indeksenes interne reliabilitet, blev Cronbachs Alpha udregnet for både de enkelte variable samt for de samlede indeks. Alle indeks og inkluderede variable med værdier under $\sim 0,7$ blev frasortet. Forud for konstruktionen af de forskellige sumindeks er der foretaget eksplorative faktoranalyser, der har til formål at afdække, hvorvidt de forskellige items relaterer sig til samme latente faktor. Indeks, som ikke opnår en Eigen-værdi på over 1, og items, der ikke overstiger en loading-værdi på $0,7$, er frasortet (Hoyle & Duvall, 2004). Et overblik over samtlige anvendte indeks og tilhørende nøgletal kan ses i Bilagstabel 1.1

Bilagstabel 1.1 Overblik over anvendte indeks

| Indeks | Spørgsmål | Alpha-værdi | Samlet Alpha-værdi | Loading-værdi | Eigen-værdi |
|-----------------------------------|---|-------------|--------------------|---------------|-------------|
| Forandringsledelse (Medarbejdere) | <i>I hvilken grad har ledelsen (fx PPR-ledere og/eller projektledere) ...</i> | | 0,91 | | 2,75 |
| | Klar vision | 0,88 | | 0,82 | |
| | Klar handleplan | 0,87 | | 0,83 | |
| | Klar rolle | 0,87 | | 0,85 | |
| | Nødvendighed tydelig | 0,88 | | 0,83 | |
| Forandringsledelse (Ledere) | <i>I hvilken grad har ledelsen (fx PPR-ledere og/eller projektledere) ...</i> | | 0,85 | | 2,35 |

| Indeks | Spørgsmål | Alpha-værdi | Samlet Alpha-værdi | Loading-værdi | Eigen-værdi |
|---------------|--|-------------|--------------------|---------------|-------------|
| | Klar vision | 0,83 | | 0,74 | |
| | Klar handleplan | 0,82 | | 0,74 | |
| | Klar rolle | 0,82 | | 0,75 | |
| | Nødvendighed tydelig | 0,78 | | 0,84 | |
| Databrug | <i>I hvilken grad bruger du systematiske og nedskrevne data ...</i> | | 0,81 | | 2,31 |
| | Til at vurdere eller justere tilbud til det enkelte barn/den unge? | 0,76 | | 0,70 | |
| | Som grundlag for en dialog med det enkelte barns/den unges forældre/værge? | 0,78 | | 0,68 | |
| | Som grundlag for en dialog med fagpersoner i barnets/den unges nærmiljø (fx lærere, pædagoger, kontaktpersoner mv.)? | 0,76 | | 0,71 | |
| | Som grundlag for en dialog med dine kollegaer? | 0,76 | | 0,70 | |
| | Som grundlag for en dialog med din leder? | 0,80 | | 0,60 | |
| Motivation | <i>Hvordan vil du beskrive dit arbejde?</i> | | 0,85 | | 2,30 |
| | Jeg nyder mit daglige arbejde? | 0,80 | | 0,79 | |
| | Mit arbejde er spændende. | 0,79 | | 0,80 | |
| | En stor del af mine arbejdsopgaver er kedelige (<i>Retning vendt</i>). | 0,87 | | 0,57 | |
| | Jeg kan godt lide at udføre de fleste af mine Arbejdsopgaver. | 0,76 | | 0,85 | |
| Self-efficacy | <i>Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?</i> | | 0,83 | | 2,37 |
| | Takket være mine ressourcer er jeg i stand | 0,81 | | 0,64 | |

| Indeks | Spørgsmål | Alpha-værdi | Samlet Alpha-værdi | Loading-værdi | Eigen-værdi |
|--------|--|-------------|--------------------|---------------|-------------|
| | til at håndtere uforudsete situationer i mit arbejde. | | | | |
| | Hvis jeg har problemer på arbejdet, kan jeg normalt finde på noget at gøre ved det. | 0,78 | | 0,71 | |
| | Mine hidtidige erfaringer med mit arbejde har forberedt mig godt til min arbejdsmæssige fremtid. | 0,79 | | 0,67 | |
| | Jeg opnår de mål, som jeg har sat mig for i for mit arbejde. | 0,80 | | 0,67 | |
| | Jeg føler mig rustet til at indfri de fleste krav i mit arbejde. | 0,77 | | 0,75 | |

Anm.: Kun inkluderede indeks og variable fremgår af tabellen.

Kilde: VIVE.

Foruden de deskriptive analyser har vi foretaget sammenhængsanalyser med henblik på at undersøge relevante sammenhænge i data. Vi har foretaget multiple OLS-regressionsanalyser med følgende uafhængige variable: systematisk indsamling af data, etableringen af tydelige procedurer for tværprofessionelt samarbejde, tværprofessionelt samarbejde, kompetenceudvikling og forandringsledelse. For disse variable har vi undersøgt sammenhængen til følgende afhængige variable: databrug, oplevet samarbejde, motivation, self-efficacy, generel oplevelse af PPR og vurderingen af eget arbejde. På tværs af alle regressionsanalyserne er der brugt de samme kontrolvariable, nemlig alder, antal år i stilling og uddannelse.

Registerdata

De deltagende kommuner har indsamlet CPR-numre på de børn og unge, der har modtaget en lettere behandlingsindsats i PPR i forbindelse med dette projekt. I alt har kommunerne indsamlet CPR-numre på knap 2.000 børn og unge. Kommunerne er derudover blevet bedt om at indsamle oplysninger om, hvornår indsatsen er påbegyndt og afsluttet for det enkelte barn/unge, for at deres udvikling på en række registerbaserede udfaldsmål kan følges over tid. Af de CPR-numre kommunerne har indsamlet, kan knap 1.900 knyttes til Danmarks Statistiks registre. Og ud af disse er der knap 1.200, hvor kommunen har registreret en opstartsdato på det lettere behandlingsforløb. Opstarten af behandlingsforløbene fordeler sig over tre forskellige år. Hovedparten af forløbene, 66 %, begynder i 2022, mens 15 % af forløbene begynder i 2021. Analy-

serne er baseret på de forløb, der begynder i 2021 eller 2022. 19 % af forløbene er påbegyndt i 2023. Disse børn og unge medtages ikke i analyserne, idet der ikke findes data på de udfaldsmål, vi anvender i analyserne efter 2023 (læs om disse i afsnittet 'Udfaldsmål og anvendte registre' nedenfor).

Panelanalyser

Registerdataene anvendes til panelanalyser, hvor det enkelte barn/unge følges, fra årene før det starter i et lettere behandlingsforløb til op til 2 år efter, afhængigt af i hvilket år de starter det lettere behandlingsforløb, og hvilket udfaldsmål der anvendes. Det år, hvor barnet/den unge påbegynder indsatsen, defineres som år 0 i analyserne, uanset hvornår på året barnet/den unge har påbegyndt indsatsen. Det efterfølgende år defineres som år 1. Da vi ikke kender den specifikke afslutningsdato på de enkelte behandlingsforløb, kan vi ikke udelukke, at nogle forløb strækker sig ind i det efterfølgende år. De børn og unge, som har modtaget et lettere behandlingsforløb, sammenlignes med en kontrolgruppe af børn og unge i alderen 6-17 år, som i løbet af 2021 og 2022 har boet i én af de 37 kommuner, der deltager i projektet, og som ikke har modtaget et lettere behandlingsforløb i regi af dette projekt.

Til analyserne anvendes Coarsened Exact Matching (CEM). I CEM identificeres børn og unge, der ikke modtager et lettere behandlingsforløb i PPR i dette projekt, der er identiske til børn og unge, som har modtaget et lettere behandlingsforløb i PPR i dette projekt på en række udvalgte variable: køn, etnicitet, alder i året for opstart af det lettere behandlingsforløb, mors uddannelsesniveau og tidligere niveauer af det enkelte udfaldsmål. De børn og unge, der ikke modtager et lettere behandlingsforløb, matches med børn og unge, der modtager et lettere behandlingsforløb. De børn/unge, som modtager et lettere behandlingsforløb, kan matches med flere børn/unge fra kontrolgruppen og placeres i et såkaldt stratum, en gruppe, hvor børnene/de unge i hvert stratum tildeles en vægt, alt efter hvor godt de matcher.

Efter kontrolbørnene er blevet matchet med de børn og unge, som modtager et lettere behandlingsforløb, anvendes en two-way fixed effects-regression til analyserne. Fixed effects er en måde at tage højde for forholdsvis konstante forhold mellem, i dette tilfælde, individer, år og stratum. Vi sammenligner altså her børn og unge, som har modtaget et lettere behandlingsforløb, med børn og unge, der ikke har modtaget et lettere behandlingsforløb, men som er blevet matchet, og som følge heraf er i samme stratum.

Udfaldsmål og anvendte registre

Registerdata dækker over data fra Danmarks Statistik, men også fra STIL (Styrelsen fra IT og Læring). Om både de børn og unge, der modtager et lettere

behandlingsforløb, og kontrolbørnene, anvendes en håndfuld baggrundsoplysninger. Det drejer sig om deres køn, alder på tidspunkt for opstart på det ledende behandlingsforløb, etnicitet samt deres mors uddannelsesniveau. Etnicitet bestemmes på baggrund af oprindelsesland (variablen OPR_LAND). Børnene/de unge defineres som havende dansk oprindelse, hvis deres oprindelsesland er Danmark, og ikke dansk oprindelse, hvis de har et andet oprindelsesland end Danmark. Mors uddannelsesniveau bestemmes som værende ét af fire mulige: en gymnasial uddannelse eller en ungdomsuddannelse, en erhvervsfaglig uddannelse, en videregående uddannelse og ukendt uddannelse.

Udfaldsmål relateret til skolefravær

Oplysninger om skolefravær stammer fra STIL. Registret indeholder oplysninger om antal fraværsdage fra skolen opgjort i tre kategorier: ulovligt fravær, lovligt fravær og fravær grundet sygdom. I analyserne i dette projekt anvendes det samlede fravær uanset årsag, idet der grundet skolernes forskelligartede registreringspraksis (Kjer et al., 2023; Rambøll, 2018) er mindre målefejl i dette samlede mål for fravær. Fraværet opgøres inden for kalenderår.

Udfaldsmål relateret til trivsel

I analyserne anvendes fire mål for trivsel, som alle stammer fra den nationale trivselsmåling, der gennemføres årligt i folkeskoler. Social trivsel, oplevelse af støtte og inspiration, self-efficacy og skoleglæde.

Social trivsel er et indeks, som består af 10 spørgsmål fra den nationale trivselsmåling om elevernes opfattelse af deres tilhørsforhold til skolen, klasse og fællesskabet samt tryghed og mobning (Børne- og Undervisningsministeriet, 2016):

- Q1 Er du glad for din skole?
- Q2 Er du glad for din klasse?
- Q6 Føler du dig ensom?
- Q7 Jeg føler, at jeg hører til på min skole.
- Q8 Jeg kan godt lide pauserne i skolen.
- Q20 De fleste af eleverne i min klasse er venlige og hjælpsomme.
- Q21 Andre elever accepterer mig, som jeg er.
- Q23 Er du blevet mobbet i dette skoleår?
- Q25 Er du bange for at blive til grin?
- Q26 Hvor ofte føler du dig tryk i skolen?

Indekset beregnes som et gennemsnit af de 10 spørgsmål, som hver besvares på en skala fra 1-5. Indekset er efterfølgende blevet standardiseret inden for det enkelte år for at kunne gøre det sammenligneligt over tid.

Oplevelse af støtte- og inspirationsindeks, som består af syv spørgsmål fra den nationale trivselsmåling om elevernes oplevelse af motivation og medbestemmelse samt lærerens hjælp og støtte (Børne- og Undervisningsministeriet, 2016):

- Q4 Hjælper dine lærere dig med at lære på måder, som virker godt?
- Q19 Undervisningen giver mig lyst til at lære mere.
- Q22 Lærerne er gode til at støtte mig og hjælpe mig i skolen.
- Q27 Er du og dine klassekammerater med til at bestemme, hvad I skal arbejde med i klassen?
- Q28 Lærerne sørger for, at elevernes ideer bliver brugt i undervisningen.
- Q31 Er undervisningen kedelig?
- Q32 Er undervisningen spændende?

Ligesom indekset for social trivsel beregnes dette som et gennemsnit af de syv spørgsmål, som standardiseres inden for det enkelte år.

Self-efficacy betyder, at man har troen på, at man kan sætte sig et mål og nå det. Det måles ved to spørgsmål i trivselsmålingen. De er: 'Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, hvis du bare prøver hårdt nok?' og 'Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?'. Til hvert spørgsmål kan der svares på en skala fra 1-5, og der tages et gennemsnit af de to spørgsmål, som efterfølgende er blevet standardiseret inden for det enkelte år for at kunne gøre det sammenligneligt over tid.

Skoleglæde måles ved et enkelt spørgsmål: 'Er du glad for din skole?', og det er stærkt korreleret med MSLSS (Multidimensional Student Life Satisfaction Scale), der måler barnets livstilfredshed (Andersen et al., 2015).

Udfaldsmål relateret til brugen af sundhedsydelser

Oplysninger om brugen af sundhedsydelser stammer fra Sygesikringsregisteret, SSSY, fra Danmarks Statistik. Sygesikringsregisteret indeholder oplysninger om afregning af sygesikringsydelser mellem regionerne og ydere under sygesikringen. Registeret gør det muligt at analysere den enkeltes brug af forskellige sygesikringsydelser opgjort på de enkelte specialer eller ydertyper. Ydelserne er kategoriseret efter specialer. Disse specialer refererer til en bestemt type af yder under sygesikringen. Det kan fx være alment praktiserende

læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, optikere, kiropraktikere, psykologer m.fl., som vi her omtaler som læger og andre specialister. Opdelingen i de forskellige ydertyper bygger på de forskellige overenskomster, der er indgået mellem ydergruppen og regionerne. I registeret er der én observation pr. ydelse, en patient har modtaget, hvor en ydelse fx kan være en konsultation hos den alment praktiserende læge, en urinprøve, en laboratorietest, et besøg hos en psykiater osv.

I analyserne anvendes det samlede antal ydelser hos læger og specialister på et år uanset speciale og ydertype. Derudover ser vi specifikt på antal ydelser knyttet til psykiatri eller psykolog på et år. Det er ydelser under specialerne 'Psykiatri', 'Børnepsykiatri' og 'Psykologhjælp' (specialerne 24, 26 og 63 i variabelen SPEC2 i SSSY-registeret).

Kvalitativ metodebeskrivelse

Den kvalitative undersøgelse består af casebesøg i 10 kommuner. Det giver bedre mulighed for at undersøge nuancer i kommunernes implementering, herunder at identificere, hvad der kan hhv. understøtte og udfordre implementeringen af lettere behandling og hvorfor.

Fem casebesøg er gennemført forud for survey-undersøgelsen (marts-april 2022) for at give inspiration til at udpege de mest relevante temaer til surveyen. De sidste fem casebesøg er gennemført efter surveyen (september-december 2022) for at give mulighed for en bedre fortolkning af survey-resultaterne.

Det kvalitative casestudie er gennemført som et komparativt casestudie, hvor kommuner er udvalgt systematisk ud fra en forventning om at finde variation i kommunernes implementering af lettere behandling.

I første caserunde valgte vi fem kommuner, som varierede, i forhold til om de indgik i spor 1 eller 2, og hvor langt STUK vurderede, at kommunerne var i implementeringen af lettere behandling. Hertil kom en kommune, som STUK vurderede havde en lovende praksis.

Kommuner til anden caserunde er også udvalgt systematisk, men med afsæt i et skævt design, hvor der er variation i forhold til kommunestørrelse (og forventet implementeringskapacitet), spor, samt hvorvidt kommunerne har valgt manualbaserede indsatser, eller selv har udviklet en indsats. Alle tre dele forventes at påvirke implementeringen. Kommunestørrelse kan påvirke PPR's implementeringskapacitet, spor giver en forskel i kommunernes erfaring med indsatserne, og manualbaserede indsatser er færdigudviklede og kan umiddelbart være lettere at implementere, mens selvudviklede indsatser kræver et

større indledende udviklingsarbejde. Bilagstabel 1.2 giver et overblik over kriterier for caseudvælgelsen.

Bilagstabel 1.2 Oversigt over kriterier for caseudvælgelse

Caserunde 1:

| | Spor 1 | Spor 2 |
|---------------------------------|-------------|------------|
| Lang implementering | Kommune I | Kommune II |
| Udfordringer i implementeringen | Kommune III | Kommune IV |

+ en ekstra mønster-kommune: kommune V

Caserunde 2:

| | Spor 1 | Spor 2 |
|-----------------------|--------------|-------------|
| Manualbaseret indsats | Kommune VI | Kommune VII |
| Selvudviklet indsats | Kommune VIII | Kommune IX |

Udvælgelsen af kommuner er anonymiseret i rapporten, og det er ikke muligt at identificere enkeltpersoner. De udvalgte kommuner er imidlertid bekendt med, hvem der har deltaget i interviewet.

Caseundersøgelsen er gennemført som en interviewundersøgelse. Der er i alt gennemført interview med 67 personer fordelt på 42 interview i alt.

Bilagstabel 1.3 giver et overblik over antallet af interviewpersoner, som indgår i undersøgelsen, fordelt på de to interviewrunder og baggrund.

Bilagstabel 1.3 Overblik over antal interviewpersoner

| | Interviewrunde I | Interviewrunde II | Antal interviewpersoner i alt |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-------------------------------|
| Medarbejdere | 8 | 10 | 18 |
| Forældre | 10 | 10 | 20 |
| PPR-ledere | 5 | 5 | 10 |
| Projektledere | 5 | 6 | 11 |
| Samarbejdspartnere | 3 | 5 | 8 |
| Antal interviewpersoner i alt | 31 | 36 | 67 |

Interview med samarbejdspartnere og forældre er gennemført som online- eller telefoninterview, mens interview med PPR-ledere, medarbejdere og projektledere er gennemført som fysiske interview enten som gruppe eller enkeltinterview. Interviewene er gennemført som semi-strukturerede interview af 30-75 minutters varighed. Vi har udarbejdet forskellige interviewguides, der er målrettet den konkrete type interviewperson, og som tematisk centrerer omkring temaerne i de faglige anbefalinger, herunder de udfordringer og muligheder, som interviewpersonerne oplever ved lettere behandling. Analytisk har vi også været åbne for andre vinkler og perspektiver end de temaer, der er opstillet på baggrund af forandringsteorien.

Interviewene er efterfølgende transskriberet og kodet i NVivo på baggrund af en kodebog (Bilag 3), som bygger på interviewguiderne. Kodebogen er udviklet ved at kombinere induktive og deduktive analysestrategier (Bjørnholt & Jakobsen, 2020). Det gør det muligt at foretage systematiske analyser på tværs af alle interviewene og besvare undersøgelsesspørgsmålene.

Citater anvendes til at give eksemplificeringer og forklaringer på fund i undersøgelsens kvantitative del og er udvalgt for at være typiske eller særlig sigende for de undersøgte forhold. Desuden giver interviewundersøgelsen også i nogle tilfælde anledning til mere selvstændige analyser, som ikke undersøges i den kvantitative undersøgelse. Det gør sig alene gældende, hvis der er tale om betragtninger på tværs af interviewene. Citaterne er således som udgangspunkt valgt som repræsentation for mere generelle pointer, der fremgår på tværs af interviewene. I nogle tilfælde vil citaterne også fungere som eksemplificering af få eller enkelte interviewpersoner – dette vil i så fald være angivet.

Datakilder i omkostningsanalysen

Omkostningsanalysen er baseret på følgende datakilder:

- Kommunernes logbøger
- Kommunernes statusrapporter
- Kommunernes puljeregnskaber.

Logbogsdata

Fra kommunernes logbøger har vi til analysen anvendt kommunernes svar på deres timeforbrug på det enkelte barns forløb opdelt på:

- Forberedelse af samtaler og aktiviteter (inklusive koordinering med andre medarbejdere både internt i PPR og socialforvaltning, psykiatri mv.)
- Alle samtaler med aktører i sagen (fx barnet, forældrene, lærere mv.)
- Alle aktiviteter i skolen

- Efterbehandling af samtaler, møder, aktiviteter mv. (inklusive koordinering med andre medarbejdere både internt i PPR og socialforvaltning, psykiatri mv.).

Vi har i omkostningsanalysen taget udgangspunkt i kommunens afsluttende logbøger. Vi har dog af hensyn til konsistens i analyserne af logbogsdata taget afsæt i det samme datasæt, som er benyttet i resultatanalysen, dvs. et datasæt bestående af de børn/unge, hvor der er en fuld eller delvist udfyldt logbog både ved behandlingens start og slutning. Det er i alt 1.035 børn og unge.

Når vi sammenholder det antal børn/unge/familier, som kommunerne i deres statusrapporter oplyser som modtagere af en indsats, med det antal forløb, der fremgår af antallet af logbogsregistreringer, er der for størstedelen af kommunerne stor forskel.

Enkelte kommuner har slet ingen logbogsdata, mens det for de øvrige kommuner gælder, at der i gennemsnit kun er logbogsdata for knap halvdelen (47 %) af de forløb, der er opgjort i kommunens statusrapport, svingende fra 4 til 100 %.

En del af forskellen kan henføres til, at statusrapporterne opgør antal børn, der har *modtaget* en indsats, mens logbogsdata opgør antal børn, der har *genført* en indsats. En del af de børn, der har modtaget en indsats, kan altså senere være blevet henvist til en anden indsats, hvorfor de ikke optræder i logbogsdata. Det vurderes dog langt fra at udgøre hele forskellen.

Selvom logbogsdataene således allerede er begrænsede, har vi været nødt til derudover at frasortere data fra en række kommuner, hvor det ikke er muligt at afgøre, om det oplyste timetal dækker over det timeforbrug, der er anvendt til et gruppeforløb, eller om timetallet er udtryk for timeforbruget anvendt på et gruppeforløb delt med antal personer i gruppen.

Statusrapporter og puljeregnskaber

Der er nogle enkelte statusrapporter, hvor det er svært at afgøre, hvilket antal der skal anvendes i opgørelsen. Vi har i to tilfælde fravalgt at benytte kommunens statusrapport i analysens datagrundlag grundet væsentlig tvivl i fortolkningen. Derudover er der i de tilfælde, hvor der oplyses både et antal børn, et antal familier (nogle gange et antal personer inkl. søskende, hvis forældre har modtaget en indsats), eller et antal klasser eller klasseteams kan have modtaget en indsats.

Datagrundlaget indeholder de udgifter, kommunerne har oplyst i regnskabet (tabel 3 i puljeregnskaberne). Her er der data fra 37 kommuner.

Omregning fra timeforbrug til kronebeløb

De medarbejdere, som varetager den lettere behandling i PPR, kan have varierende uddannelsesmæssig baggrund, men det vil ofte være en psykolog. I omkostningsvurderingen antages behandlerne derfor at være aflønnet som psykolog i en kommune, hvilket svarer til en effektiv timesats på 429 kr.

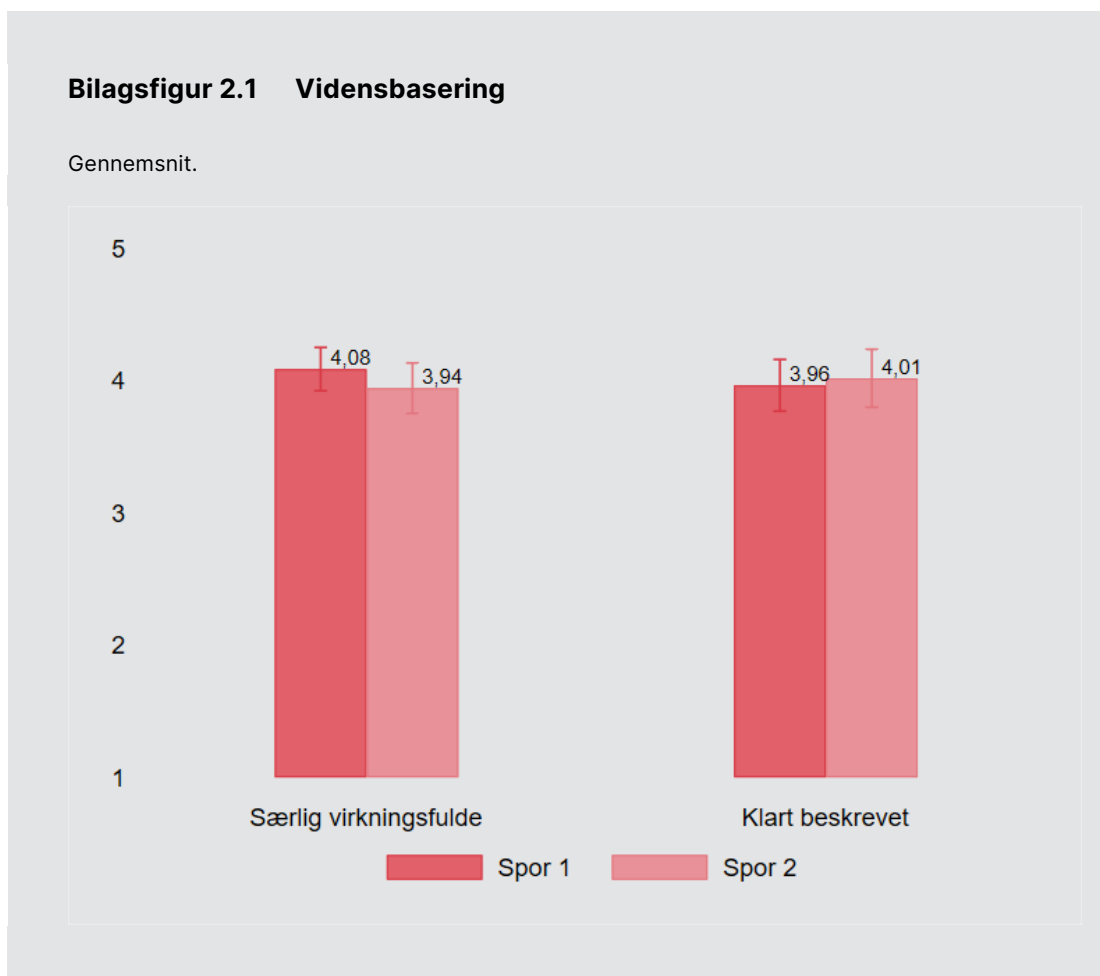
Den effektive timesats er beregnet ved brug af en gennemsnitlig årsløn for en psykolog i kommune ved KRL (KRL, 2023), hvorved der er antaget en årsløn på 608.100 kr. (løn i alt, dvs. inkl. pension mv.), hvilket giver en effektiv gennemsnitlig timesats på $608.100 \text{ kr.} / 1.418 \text{ timer} = 429 \text{ kr.}$

Arbejdskraft har omkostninger, som ikke omfatter lønninger, fx udgifter til ansættelse, medarbejderadministration, kontorplads, it mv. Disse omkostninger inkluderes i beregningen ved at lægge et overhead på lønomkostningen. Løn-omkostningerne tillægges et standardoverhead på 20 % som anbefalet i Social- og Boligstyrelsens omkostningsmodel. Derudover foretages også en beregning, hvor der tillægges et overhead på 70 % for at illustrere beregningernes følsomhed over for den anvendte overhead-sats.

Omregningen fra timer til kroner bliver derfor $\text{timeforbrug} * 429 * 1,2$ for 20 % overhead og $\text{timeforbrug} * 429 * 1,7$ for 70 % overhead.

Bilag 2 Supplerende figurer og tabeller

Dette bilag indeholder supplerende figurer og tabeller til rapportens analyser.

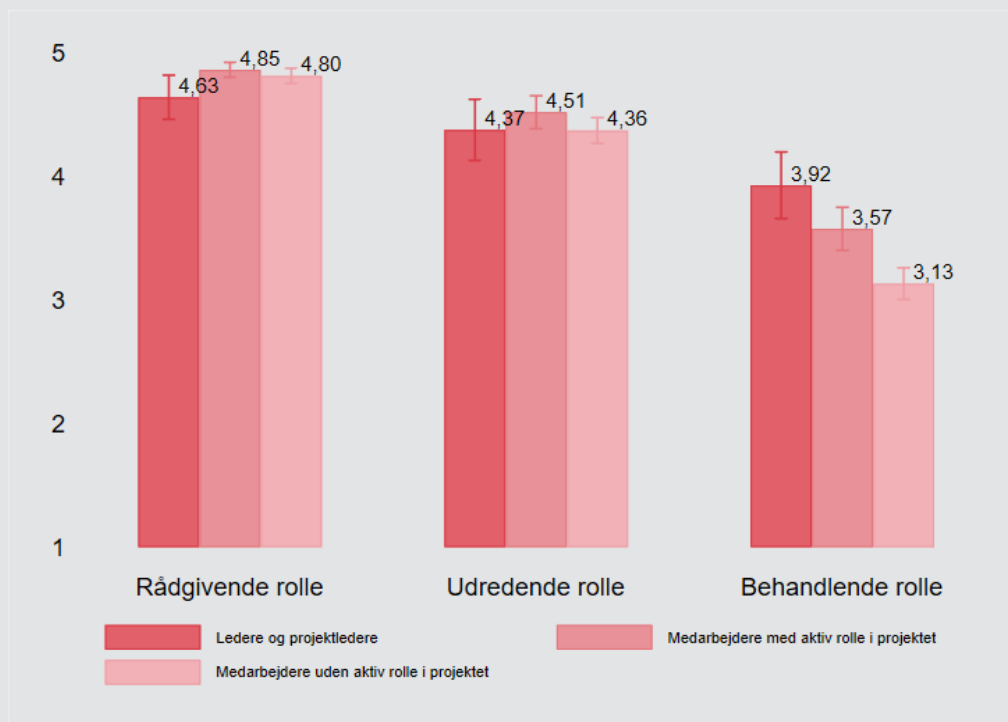


Anm.: 'Hvordan vil du karakterisere den lettere behandling, I tilbyder i jeres kommune?': 'Forskning har vist, at tilbuddene er særlig virkningsfulde over for børn og unge i psykisk mistrivsel', 'Vi har klare beskrivelser (eksempelvis en manual eller en forløbsbeskrivelse) af målgruppe, metode samt af de problemstillinger og behov, de lettere behandlingstilbud kan imødekomme'. n(Spor 1) = 104. n(Spor 2) = 87. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Bilagsfigur 2.2 Vurdering af, hvilken rolle PPR har, fordelt på medarbejdergrupper

Gennemsnit.



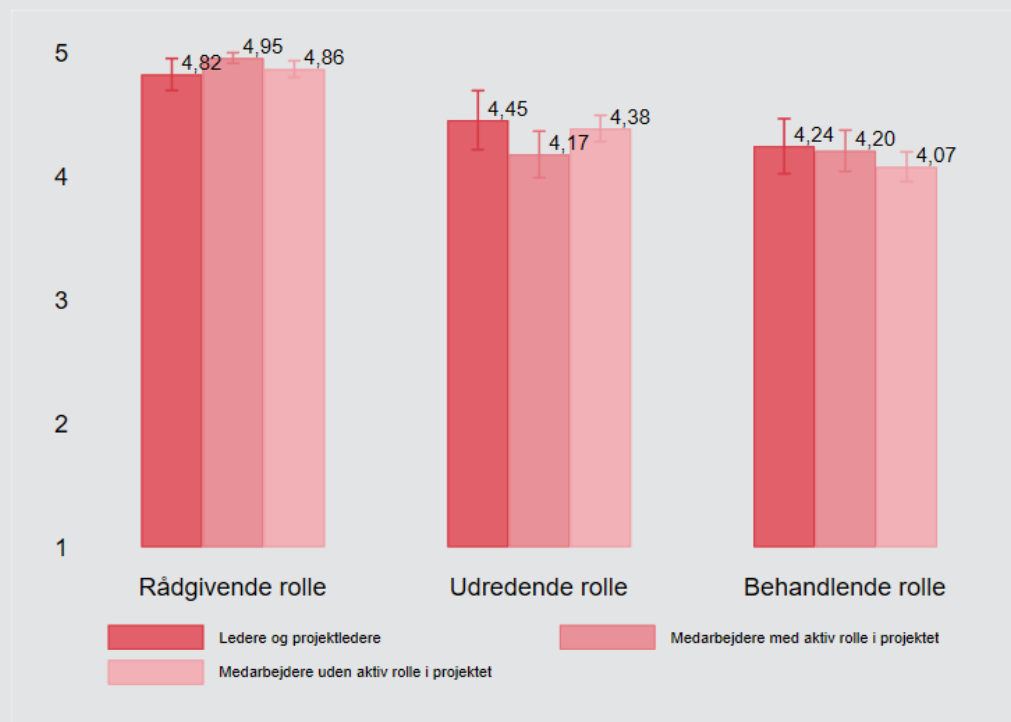
Anm.: 'Hvor enig/uenig er du i, at PPR har følgende roller i din kommune?'; 'En rådgivende rolle', 'En udredende rolle', 'En behandlende rolle'.

n (Rådgivende) = 494. n (Udredende) = 493. n (Behandlende) = 488. n (Ledere) = 44. n (Medarbejdere aktiv del) = 162. n (Medarbejdere ikke aktiv del) = 328. Statistisk signifikant forskel i vurdering af PPR som havende en behandlende rolle mellem medarbejdere, som har hhv. en aktiv og ikke aktiv rolle i projektet ($p = 0,0001$), samt mellem ledere og projektledere og medarbejdere, som ikke har en aktiv rolle i projektet ($p = 0,0000$).

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Bilagsfigur 2.3 Vurdering af, hvilken rolle PPR bør have, fordelt på medarbejdergrupper

Gennemsnit.

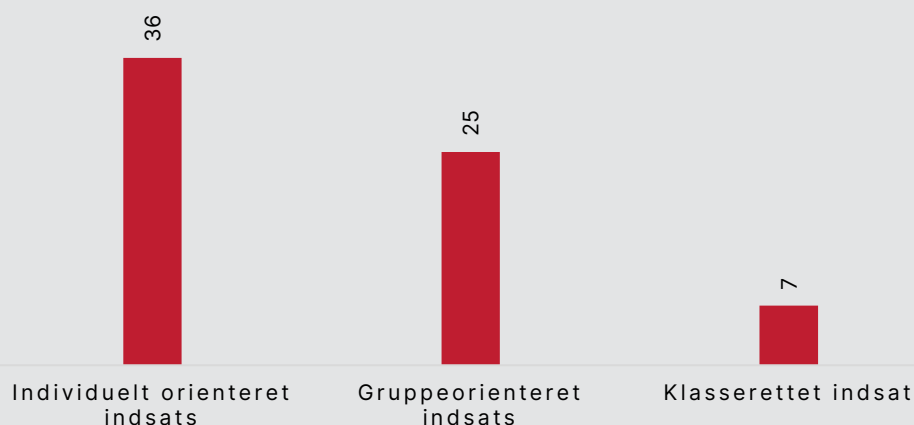


Anm.: 'Hvor enig/uenig er du i, at PPR bør have følgende roller i din kommune?'; 'En rådgivende rolle', 'En udredende rolle', 'En behandlende rolle'.

n(Rådgivende) = 494. n(Udredende) = 493. n(Behandlende) = 488. n(Ledere) = 44. n(Medarbejdere aktiv del) = 162. n(Medarbejdere ikke aktiv del) = 328.

Kilde: VIVE på baggrund af spørgeskemaundersøgelse til PPR-medarbejdere og -ledere.

Bilagsfigur 2.4 Kommunernes indsatser: gruppe- eller individindsatser



Kilde: VIVEs kodning af kommunernes statusrapporter.

Bilagstabel 2.1 PPR's rolle i behandlingen

I hvilken grad vurderer du, at det ville hjælpe børn og unge i psykisk mistrivsel, hvis PPR havde en mere aktiv rolle i deres behandling (og der fulgte ressourcer med til denne opgave)?

| | |
|------------------|---------|
| Slet ikke | 0,20 % |
| I lav grad | 1,21 % |
| I nogen grad | 16,60 % |
| I høj grad | 39,68 % |
| I meget høj grad | 39,47% |
| Ved ikke | 2,83 % |
| n | 494 |

Anm.: Tabellen viser fordelingen af besvarelser på spørgsmålet 'I hvilken grad vurderer du, at det ville hjælpe børn og unge i psykisk mistrivsel, hvis PPR havde en mere aktiv rolle i deres behandling (og der fulgte ressourcer med til denne opgave)?' fra spørgeskemaundersøgelsen til PPR-medarbejdere og -ledere.

Kilde: VIVE.

Bilagstabel 2.2 Gennemsnit på udfaldsmål i 2020

| | Alle børn og unge, som modtager et lettere behandlingsforløb | | | Børn og unge med opstartsdato i 2021 eller 2022 | | | Sammenligningselever | | |
|--|--|-------------------|-------|---|-------------------|-----|----------------------|-------------------|---------|
| | Gns. | Standardafvigelse | N | Gns. | Standardafvigelse | N | Gns. | Standardafvigelse | N |
| Social trivsel, 2020 | 3,85 | 0,72 | 624 | 3,84 | 0,76 | 332 | 4,09 | 0,63 | 129.511 |
| Oplevelse af støtte og inspiration, 2020 | 3,24 | 0,68 | 625 | 3,23 | 0,67 | 333 | 3,22 | 0,69 | 129.410 |
| Self-efficacy, 2020 | 3,61 | 0,69 | 610 | 3,66 | 0,67 | 329 | 3,81 | 0,69 | 126.643 |
| Glæde ved skolen, 2020 | 3,97 | 0,90 | 620 | 3,97 | 0,93 | 332 | 4,04 | 0,88 | 129.263 |
| Antal fraværsdage, 2020 | 13,38 | 14,95 | 1.529 | 12,03 | 13,36 | 793 | 9,70 | 11,17 | 277.670 |
| Antal ydelser relateret til psykiatri eller psykolog, 2020 | 0,11 | 1,98 | 1.685 | 0,15 | 2,64 | 839 | 0,05 | 0,87 | 369.450 |
| Antal ydelser hos almen- og specialpraktiserende læger, 2020 | 8,01 | 9,91 | 1.685 | 8,00 | 9,22 | 839 | 7,11 | 8,02 | 369.450 |

Anm.: Social trivsel, oplevelse af støtte og inspiration, self-efficacy og glæde ved skolen måles alle fire på en skala fra 1-5, hvor 5 er det mest positive.

Kilde: VIVE på baggrund af data fra STIL og Danmarks Statistik.

Bilagstabel 2.3 Virkning af lettere behandling i PPR

| | Modtaget behandlingsforløb i 2021 eller 2022 | Antal observationer |
|--|--|---------------------|
| Antal ydelser knyttet til psykiatri eller psykolog | -0,062*** (0,022) | 112.733 |
| Antal ydelser hos almen- og specialpraktiserende læger | -1,416* (0,780) | 93.109 |
| Antal fraværsdage i kalenderåret | 3,347** (1,348) | 82.169 |
| Social trivsel, standardiseret | -0,160** (0,065) | 20.977 |
| Støtte og inspiration, standardiseret | -0,064 (0,056) | 20.724 |
| Self-efficacy, standardiseret | -0,093 (0,067) | 45.038 |
| Skoleglæde, standardiseret | -0,005 (0,067) | 88.047 |

Anm.: Standardfejl i parenteser. *p<0,1, **p<0,01, ***p<0,01. Analyserne af antal ydelser knyttet til psykiatri eller psykolog, antal ydelser hos almen- og specialpraktiserende læger samt antal fraværsdage er alene baseret på børn og unge, der har modtaget et lettere behandlingsforløb med opstart i 2021.

Kilde: VIVE på baggrund af data fra STIL og Danmarks Statistik.

Bilag 3 Logbog

| Opstartsskema | | |
|---------------|---|--|
| | Spørgsmål | Svar |
| 1 | Beskrivelse | Dette er første udfyldning af logbogen i forbindelse med den eksterne evaluering af 'En styrket indsats i PPR', der foretages af VIVE, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. |
| 2 | Hvad er din e-mailadresse? | (Kun gyldige e-mailadresser godtages). |
| 3 | Tast barnets cpr-nr. ind: DDMMÅÅ-xxxx. | (Kun cpr-nr. med rigtig form godtages). |
| 4 | Noter dato for opstart af det samlede behandlingstilbud (fx 10-10-2021). | (Kun dato med rigtig form godtages – kan afkrydses på kalender). |
| 5 | I hvilken grad ligger følgende udfordringer til grund for at tilbyde det samlede behandlingstilbud? Hyperaktivitet/uopmærksomhed Emotionelle problemer Adfærdsproblemer Problemer i forhold til jævnaldrende Sociale problemer | Svarskala: fra slet ikke til i meget høj grad. |
| 6 | Hvordan vurderer du barnets udfordringer? | Er i psykisk mistrivsel (laveste grad af udfordringer inden for målgruppen). Er i risiko for at udvikle psykiske lidelser (midterste grad af udfordringer inden for målgruppen). Har symptomer på psykiske lidelser (højeste grad af udfordringer inden for målgruppen). |
| 7 | I hvilken grad er det en del af formålet med det samlede behandlingstilbud til barnet/den unge at styrke lærere og pædagogers kompetencer til at understøtte barnet/den unges trivsel? ... at styrke forældrenes kompetencer til at understøtte barnet/den unges trivsel? | Svarskala: fra slet ikke til i meget høj grad. |
| 8 | Hvilket alternativt behandlingstilbud vurderer du, at barnet/den unge ville have modtaget, hvis kommunen ikke havde et tilbud om lettere behandling i regi af PPR (som en del af 'En styrket indsats i PPR')? | Ingen behandling. Et mere omfattende behandlingstilbud end det, barnet/den unge nu tilbydes. Et mindre omfattende behandlingstilbud end det, barnet/den unge nu tilbydes. Andet: [tekstboks] |
| 9 | Eventuel uddybning af dit svar. | |
| 10 | Hvordan vil du beskrive de konkrete indsatser til lettere behandling, som forventes at indgå i det samlede behandlingstilbud til barnet/den unge? Samtaler med barnet/den unge alene Samtaler med forældre alene | Svarskala: fra slet ikke til i meget høj grad. + mulighed for at skrive andet. |

Opstartsskema

| | | |
|-------------------------|---|---|
| | Samtaler, hvor både barnet/den unge og forældrene deltager Besøg i hjemmet Aktivitet på institution (daginstitution/skole/ungdomsuddannelse) Andet | |
| 11 | Beskrivelse | De følgende to spørgsmål besvares sammen med barnet/den unge. |
| 12 | Forestil dig en stige. Trin 0 betyder 'Det værst mulige liv' for dig, og trin 10 betyder 'Det bedst mulige liv' for dig. Hvor på stigen synes du selv, du er for tiden? | Skala fra 0-10. |
| 13 | Føler du dig ofte ensom? | Ja, meget ofte Ja, ofte Af og til Nej, sjældent Nej, aldrig |
| 14 | TAK FOR DINE SVAR | |
| Afslutningsskema | | |
| 1 | Beskrivelse | Dette er den afsluttende udfyldning af logbogen i forbindelse med den eksterne evaluering af 'En styrket indsats i PPR', der foretages af VIVE, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. |
| 2 | Hvad er din e-mailadresse? | (Kun gyldige e-mailadresser godtages). |
| 3 | Tast barnets cpr-nr. ind: DDMMÅÅ-xxxx. | (Kun cpr-nr. med rigtig form godtages). |
| 4 | Noter dato for afslutning af det samlede behandlingstilbud (fx 10-10-2021). | (Kun dato med rigtig form godtages – kan afkrydses på kalender). |
| 5 | Hvad er årsagen til, at det samlede behandlingstilbud er afsluttet? | Udfordringerne er af mindre karakter nu/målene er indfriet. Barnet/den unge flyttes til et andet behandlingstilbud uden for PPR. Barnet/den unge eller vedkommendes forældre har valgt at afbryde deltagelsen i det samlede behandlingstilbud i PPR. Kommunens projektperiode er afsluttet. Kommunens projektperiode er afsluttet, men det samlede behandlingstilbud i regi af PPR fortsætter for barnet/den unge. Andet [tekstfelt] |
| 5a | Hvor mange aktiviteter (fx samtaler, besøg i hjemmet mv.) forventer I, at der skal gennemføres, før det samlede behandlingstilbud til barnet/den unge forventes at være fuldført? (Skriv ca. antal) | [Kun hvis spg. 5 = 5 (afsluttet, men fortsætter)] Fri tekst |
| 5b | Hvilken varighed forventer I for det resterende forløb? Skriv ca. antal uger. | [Kun hvis spg. 5 = 5 (afsluttet, men fortsætter)] Fri tekst |
| 5c | Hvad er det næste skridt for barnet/den unge? | [Kun hvis spg. 5 = 2 (andet tilbud)] |

Opstartsskema

| | | |
|----|---|---|
| | | <p>Der er planlagt nogle få opfølgende møder.</p> <p>Der er planlagt understøttende indsatser (fx i klasser) i samarbejde med skolen.</p> <p>Barnet/den unge er visiteret til psykiatrien.</p> <p>Barnet/den unge er visiteret til et andet behandlingstilbud eller forløb i kommunen.</p> <p>Andet [tekstfelt]</p> |
| 6 | Hvordan vurderer du barnets udfordringer? | <p>Er i psykisk mistrivsel (laveste grad af udfordringer inden for målgruppen).</p> <p>Er i risiko for at udvikle psykiske lidelser (midterste grad af udfordringer inden for målgruppen).</p> <p>Har symptomer på psykiske lidelser (højeste grad af udfordringer inden for målgruppen).</p> |
| 7 | Hvor godt vurderer du, at det samlede behandlingstilbud har hjulpet barnet/den unge med de udfordringer, han eller hun har? | Skala fra 0-10 |
| 8 | <p>I hvilken grad har følgende aktører deltaget som en aktiv del af det samlede behandlingstilbud, som barnet/den unge har modtaget i regi af PPR (fx om aktørerne har deltaget i samtaler eller aktiviteter, som indgik i behandlingstilbuddet)?</p> <p>Lærer og/eller pædagoger</p> <p>Barnets/den unges forældre</p> <p>Barnets/den unges klassekammerater eller andre børn/unge</p> | Svarskala: fra slet ikke til i meget høj grad. |
| 9 | <p>I hvilken grad oplever du, at det samlede behandlingstilbud har styrket følgende aktørers kompetencer til at understøtte barnet/den unges trivsel?</p> <p>Lærere og/eller pædagoger</p> <p>Forældre</p> | Svarskala: fra slet ikke til i meget høj grad. |
| 10 | <p>Hvor mange timer har du og dine kollegaer brugt på følgende aktiviteter? (Angiv venligst antal timer, fx 0,5, 2 eller 7)</p> <p>Forberedelse af samtaler og aktiviteter (inklusive koordinering med andre medarbejdere både internt i PPR og socialforvaltning, psykiatri mv.): Angiv ca. antal timer.</p> <p>Alle samtaler med aktører i sagen (fx barnet, forældrene, lærere mv.): Angiv ca. antal timer.</p> <p>Alle aktiviteter i skolen: Angiv ca. antal timer.</p> <p>Efterbehandling af samtaler, møder, aktiviteter mv. (inklusive koordinering med andre medarbejdere både internt i PPR og socialforvaltning, psykiatri mv.): Angiv ca. antal timer.</p> | Fri tekst ved hver. |
| 11 | Beskrivelse | De følgende to spørgsmål besvares sammen med barnet/den unge. |
| 12 | Forestil dig en stige. Trin 0 betyder 'Det værste mulige liv' for dig, og trin 10 betyder 'Det bedste | Skala fra 0-10 |

Opstartsskema

| | | |
|----|---|--|
| | mulige liv' for dig. Hvor på stigen synes du selv, du er for tiden? | |
| 13 | Føler du dig ofte ensom? | Ja, meget ofte Ja, ofte Af og til, Nej, sjældent Nej, aldrig |
| 14 | TAK FOR DIT SVAR | |

Bilag 4 Spørgeskema

| Baggrundsoplysninger Vi spørger først til din baggrund. Oplysninger bruges alene til analyse og er ikke tilgængelige for andre end forskerne bag undersøgelsen. Besvares af alle PPR-ledere og -medarbejdere. | | |
|---|--|--|
| | SPØRGSMÅL | SVARKATEGORIER |
| 1 | Hvilken af de angivne stillingsbetegnelser passer bedst på dig? | PPR-medarbejder PPR-leder Projektleder Andet skriv |
| 2 | Arbejder du med rådgivning, udredning eller behandling af børn/unge i alderen 6-18 år, som er i psykisk mistrivsel, i risiko for at udvikle en psykisk lidelse eller med begyndende symptomer på en psykisk lidelse? (hvis du er leder af medarbejdere, der arbejder med målgruppen, skal du også svare 'ja') | Ja Nej |
| 3 | Hvad er din uddannelsesmæssige baggrund/ansættelse? | Psykolog Socialrådgiver Lærer pædagog Andet skriv |
| 4 | I hvilket år er du født? | [Årstal] (drop down) |
| 5 | Hvor mange år har du været i din nuværende stilling? | [Antal år] |
| 6 | Hvor mange år har du været ansat i PPR? | [Antal år] |
| 7 | Hvad er din rolle i lettere behandlingstilbud under 'En styrket indsats i PPR'? | Jeg er leder af PPR. Jeg er projektleder af projektet. Jeg er en aktiv del af projektet (fx deltaget som sagsbehandler, psykolog, pædagog m.m.). Jeg er ikke en del af projektet, men kender det. Jeg kender ikke til projektet. |
| 7a | Spring: besvares kun, hvis de har svaret 2- 3 i spm. 7. Hvor mange timer om ugen bruger du ca. på projektet? | Timer (drop down) |
| 7b | Spring: besvares kun, hvis de har svaret 2-3 i spm. 7 Er der afsat et præcist antal timer, du kan/skal bruge på projektet? | Ja Nej Ved ikke |
| Vurdering af lettere behandling <i>I de følgende spørgsmål skal du vurdere den/de tilbud til børn og unge, som I som kommune har valgt at arbejde med inden for projektet 'En styrket indsats i PPR'. Du bedes vurdere jeres lettere behandlingstilbud) samlet set.</i> Besvares af PPR-ledere og -medarbejdere, som har deltaget i implementeringen. | | |
| | SPØRGSMÅL | SVARKATEGORIER |
| 8 | I hvilken grad er du enig/uenig i følgende udsagn Lettere behandling er tilbud, som... | 1: Slet ikke |

Baggrundsoplysninger

Vi spørger først til din baggrund. Oplysninger bruges alene til analyse og er ikke tilgængelige for andre end forskerne bag undersøgelsen.

Besvares af alle PPR-ledere og -medarbejdere.

| | | |
|---|--|---|
| | <p>har manglet i kommunens samlede tilbudsvifte. passer godt ind i kommunens samlede tilbudsvifte i forhold til at dække behovene blandt 6-18-årige børn og unge i eller med risiko for at udvikle psykisk mistrivsel. giver en lettere indgang til PPR for de fagprofessionelle. giver en lettere indgang til PPR. giver mulighed for at tilbyde en tidlig indsats til børn og unge i eller med symptomer på psykisk mistrivsel. er ikke et tilbud, som jeg synes, vi skal tilbyde børn og unge i regi af PPR. sikrer et tæt samarbejde på tværs af relevante fagprofessionelle. Sikrer et fagligt bedre samarbejde med ledelsen.</p> | <p>2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke</p> |
| 9 | <p>I hvilken grad har ledelsen (fx PPR-ledere og/eller projektledere) præsenteret jer for en klar vision for, hvad formålet er med lettere behandlingstilbud. præsenteret en klar handleplan for, hvordan I skal gennemføre lettere behandlingstilbud. talt med dig om (på en klar måde), hvad din rolle er i lettere behandlingstilbud. Tydeliggjort, hvorfor det er nødvendigt med lettere behandlingstilbud.</p> | <p>1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke</p> |
| 10 | <p>Hvordan oplever du, efterspørgslen efter lettere behandling har været?</p> | <p>1: Der er ALT for mange børn/unge i forhold til antallet af indsatser, vi kan tilbyde. 2: Der er for mange børn/unge i forhold til antallet af indsatser, vi kan tilbyde. 3: Der er hverken for få eller for mange børn/unge i forhold til antallet af indsatser, vi kan tilbyde. 4: Der er for få børn/unge i forhold til antallet af indsatser, vi kan tilbyde. 5: Der er ALT for få børn/unge i forhold til antallet af indsatser, vi kan tilbyde. 6: Ved ikke.</p> |
| <p>Implementering af lettere behandlingstilbud <i>De næste spørgsmål handler om, hvordan I implementerer lettere behandlingsindsatser.</i> Besvares af PPR-ledere og -medarbejdere, som har deltaget i implementeringen</p> | | |
| | <p>SPØRGSMÅL</p> | <p>SVARKATEGORIER</p> |
| 12 | <p>Hvordan får I typisk kontakt til de børn/unge, der er relevante for en lettere behandling? Det er typisk forældre, der henvender sig direkte til PPR pr. mail/telefon, fordi de er bekymret for deres barn. Det er typisk skolen eller andre institutioner.</p> | <p>1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad</p> |

Baggrundsoplysninger

Vi spørger først til din baggrund. Oplysninger bruges alene til analyse og er ikke tilgængelige for andre end forskerne bag undersøgelsen.

Besvares af alle PPR-ledere og -medarbejdere.

| | | |
|----|---|--|
| | <p>Børnene/de unge henvises ofte fra andre medarbejdere i den kommunale forvaltning.</p> <p>Hvordan får I typisk kontakt til de børn/unge, der er relevante for lettere behandlingstilbud? Vi får typisk kontakt med børnene/de unge på baggrund af...</p> <p>...forældre, som er bekymrede for deres barn.</p> <p>Fagpersoner (fx lærere, pædagoger eller kontaktpersoner), der henvender sig om børn/unge, som de er bekymrede for.</p> <p>Børnene selv.</p> <p>Øvrige medarbejdere i den kommunale forvaltning, fx familierådgivere eller fraværskoordinatorer.</p> <p>Har I gjort følgende for at udbrede kendskab til lettere behandling:</p> <p>Vi uddeler flyers/foldere, holder oplæg el. lignende på skoler og andre institutioner for at sikre kendskab til PPR's lettere behandling.</p> <p>Vi rådgiver fagpersoner (fx lærer, pædagoger, sundhedsplejersker) på skoler eller andre institutioner for at understøtte dem i at opdage tidlige tegn på psykisk mistrivsel blandt børn og unge.</p> | 6: Ved ikke |
| 13 | <p>Hvordan vurderer du/I i PPR, om et barn skal tilbydes en lettere behandling? På baggrund af...</p> <p><i>(Hvis du ikke er involveret i eller ikke ved, hvad der ligger til grund for beslutninger om lettere behandlingsindsatser, skal du svare 'ved ikke')</i></p> <p>validerede screeningsværktøjer (fx SDQ).</p> <p>en indledende dialog med barnet/den unge.</p> <p>En indledende dialog med forældre/værge.</p> <p>En indledende dialog med skole eller anden institution i barnet/den unges nærmiljø.</p> <p>En orientering i vurderinger af barnet/den unge fra almen praktiserende læge, børne- og ungdomspsykiatrien eller andre fagpersoner.</p> <p>møder i medarbejdergruppen.</p> | 1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke |
| 14 | <p>Hvordan vil du karakterisere den lettere behandling, I tilbyder i jeres kommune:</p> <p>forskning har vist, at tilbuddene er særlig virkningsfulde over for børn og unge i psykisk mistrivsel.</p> <p>Vi har klare beskrivelser (eksempelvis en manual eller en forløbsbeskrivelse) af målgruppe, metode samt af de problemstillinger og behov, de lettere behandlingsindsatser kan imødekomme.</p> <p>Børnenes og de unges forældre/værge indgår i tilbuddet (fx via samtaler, rådgivning eller konkrete aktiviteter).</p> <p>Børnenes og de unges skole eller andre institutioner indgår i tilbuddet (fx via samtaler, rådgivning eller konkrete aktiviteter).</p> <p>Børnenes og de unges kammerater (klassekammerater eller andre) indgår i tilbuddet (fx via gruppebaserede forløb eller konkrete fælles aktiviteter).</p> | 1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke |
| 15 | <p>Har du i forbindelse med den lettere behandling opstillet konkrete individuelle mål for det enkelte barn/ung</p> <p>Sammen med barnet/den unge.</p> <p>Sammen med barnets/den unges forældre/værge.</p> <p>Jeg har selv opstillet individuelle mål for det enkelte barn/ung.</p> <p>I hvilken grad indsamler du systematiske (løbende) og nedskrevne data som led i opfølgning på det enkelte barn/den unges udvikling i forbindelse med lettere behandling? Vi indsamler systematisk data om det enkelte barn fra</p> | 1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke |

Baggrundsoplysninger

Vi spørger først til din baggrund. Oplysninger bruges alene til analyse og er ikke tilgængelige for andre end forskerne bag undersøgelsen.

Besvares af alle PPR-ledere og -medarbejdere.

| | | |
|---|--|--|
| | <p>screeningsværktøjer (fx SDQ). samtaler eller survey med skoler eller andre institutioner i barnet/den unges nærmiljø. samtaler eller survey med barnet/den unges forældre/værge. Observationer af børnene/de unge i deres dagligdag, fx i klassen eller i familien. Andre datakilder. I hvilken grad bruger du systematiske og nedskrevne data: Til at vurdere eller justere indsats/tilbud til det enkelte barn/den unge. Som grundlag for en dialog med det enkelte barn/den unges forældre/værge. Som grundlag for en dialog med fagpersoner i barnet/den unges nærmiljø (fx lærere, pædagoger, kontaktpersoner mv.). Som grundlag for en dialog med dine kollegaer. Som grundlag for en dialog med din leder.</p> | |
| 16 | <p>Hvordan oplever du samarbejdet med andre fagpersoner omkring lettere behandling: Jeg samarbejder og koordinerer den lettere behandling for det enkelte barn/den unge med relevante fagprofessionelle i barnet/den unges netværk (fx lærere, pædagoger, kontaktpersoner mv.) for at sikre, at den lettere behandling integreres i barnets/den unges omgivende miljø og har den ønskede virkning. Der er i forbindelse med den lettere behandling tydelige procedurer for samarbejdet på tværs af fagområder i kommunen (fx procedurer i forhold til opsporing, systematisk overførsel af viden mellem fagprofessionelle mv.).</p> | <p>1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke</p> |
| 17 | <p>Har du i forbindelse med lettere behandling modtaget kompetenceudvikling målrettet lettere behandlingsindsatser (fx kurser eller sidemandsoplæring)? læst om særlige metoder/indsatser? deltaget i fælles læringsforum, hvor vi sparrer med hinanden? manglet viden om indsatsen/indsatserne?</p> | <p>1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke</p> |
| Spørgsmål til PPR-ledere | | |
| SPØRGSMÅL | | SVARKATEGORIER |
| <p>Hvad var årsagen til, at I valgte den/de lettere behandlingstilbud, som I har valgt i jeres kommune: Vi havde allerede gode erfaringer med tilbuddet eller lignende tilbud fra tidligere arbejde. Indsatsen ligger i forlængelse af vores øvrige tilbud i kommunen. Indsatsen dækker et udtalt behov blandt børn og unge i vores kommune. Vi blev inspireret af inspirationsoversigten ('Metoder til implementering af lettere behandling'), 'vidensdeklarationen til vurdering af viden om indsats på socialområdet' eller anden forskning, der viser, hvad der virker for børn og unge i psykisk mistrivsel.</p> | | <p>1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke</p> |
| <p>I hvilken grad har du Præsenteret dine medarbejdere for en klar vision for, hvad formålet er med lettere behandlingstilbud? Præsenteret en klar handleplan for, hvordan medarbejderne skal gennemføre lettere behandlingstilbud?</p> | | <p>1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke</p> |

Baggrundsplysninger

Vi spørger først til din baggrund. Oplysninger bruges alene til analyse og er ikke tilgængelige for andre end forskerne bag undersøgelsen.

Besvares af alle PPR-ledere og -medarbejdere.

| | | |
|---|---|--|
| | Talt med dine medarbejdere om, hvad deres rolle er i lettere behandlingstilbud? Tydeliggjort over for medarbejderne, hvorfor det er nødvendigt med lettere behandlingstilbud? | 6: Ved ikke |
| Generel oplevelse af PPR <i>De følgende spørgsmål handler om din generelle vurdering af PPR i din kommune.</i> Besvares af alle PPR-ledere og -medarbejdere | | |
| | SPØRGSMÅL | SVARKATEGORIER |
| 18 | I hvilken grad oplever du at vi i PPR gør en afgørende forskel for børn/unge i psykisk mistrivsel. at vi har tidlige og forebyggende tilbud i PPR, der hjælper børn, inden deres problemer bliver så store, at de skal håndteres af psykiatrien. at forældre og skoler ved, hvordan de skal få fat på os i PPR. at skolerne er gode til at opdage tidlige tegn på børn/unge i psykisk mistrivsel. at hjælp til børn/unge i psykisk mistrivsel tilpasses den enkelte unges/barns behov og udfordringer. | 1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke |
| 19 | Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn om udfordringer/muligheder i din kommunes tilbud til børn og unge (6-18-årige) i eller med risiko for at udvikle psykisk mistrivsel: Vi mangler de faglige kompetencer til fuldt ud at kunne løfte opgaven. Der er for lang ventetid på tilbud til børn og unge i eller med fare for at udvikle psykisk mistrivsel. Kommunes tilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel matcher de udfordringer, som børn og unge i kommunen har. Samarbejdet mellem PPR, skoler og uddannelsesinstitutioner er mangelfuldt og/eller udfordrende. | 1: Helt uenig 2: Overvejende uenig 3: Hverken uenig eller enig 4: Overvejende enig 5: Helt enig 6: Ved ikke |
| 20 | Hvor enig/uenig er du i, at PPR har følgende roller i din kommune? En rådgivende rolle. En udredende rolle. En behandlende rolle. | 1: Helt uenig 2: Overvejende uenig 3: Hverken uenig eller enig 4: Overvejende enig 5: Helt enig 6: Ved ikke |
| 21 | Hvor enig/uenig er du i, at PPR bør have følgende roller i din kommune? En rådgivende rolle. En udredende rolle. En behandlende rolle. | 1: Helt uenig 2: Overvejende uenig 3: Hverken uenig eller enig 4: Overvejende enig 5: Helt enig 6: Ved ikke |
| 22 | I hvilken grad vurderer du, at det ville hjælpe børn og unge i psykisk mistrivsel, hvis PPR havde en mere aktiv rolle i behandlingen (hvis der fulgte ressourcer med)? | 1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke |
| Faglig trivsel og motivation | | |

Baggrundsoplysninger

Vi spørger først til din baggrund. Oplysninger bruges alene til analyse og er ikke tilgængelige for andre end forskerne bag undersøgelsen.

Besvares af alle PPR-ledere og -medarbejdere.

De følgende spørgsmål handler om din faglige trivsel og motivation.
Besvares af alle PPR-ledere og -medarbejdere.

| | SPØRGSMÅL | SVARKATEGORIER |
|--------------------------------|---|---|
| 23 | Hvordan vil du generelt beskrive dit arbejde: Jeg nyder i høj grad mit daglige arbejde. Mit arbejde er meget spændende. En ret stor del af mine arbejdsopgaver er kedelige. Jeg kan godt lide at udføre de fleste af mine arbejdsopgaver. | 1: Slet ikke 2: I lav grad 3: I nogen grad 4: I høj grad 5: I allerhøjeste grad 6: Ved ikke |
| 24 | Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn: Takket være mine ressourcer er jeg i stand til at håndtere uforudsete situationer i mit arbejde. Hvis jeg har problemer på arbejdet, kan jeg normalt finde på noget at gøre ved det. Mine hidtidige erfaringer med mit arbejde har forberedt mig godt til min arbejdsmæssige fremtid. Jeg opnår de mål, som jeg har sat mig for i mit arbejde. Jeg føler mig rustet til at indfri de fleste krav i mit arbejde. | 1: Helt uenig 2: Overvejende uenig 3: Hverken uenig eller enig 4: Overvejende enig 5: Helt enig |
| MANGE TAK FOR DIN TID OG HJÆLP | | |
| | Har du nogle kommentarer, er du velkommen til at skrive dem her. | Fritekstboks |

Bilag 5 Interviewguide

Eksempel: PPR-medarbejdere interviewrunde 1

Jeg/vi kommer fra VIVE. Mit navn er ...

Fortrolighed: Hele interviewmaterialet vil blive behandlet fortroligt, og kommunens navn og navnene på de interviewede vil intet sted komme til at fremgå i VIVEs formidling af analyseresultaterne.

Optagelse: Vi vil gerne have lov til at optage interviewet (starte optagelse).

| Temaer | Spørgsmål til informanten | Opfølgende spørgsmål og tanker om spørgsmålet |
|---|--|---|
| Baggrundsinformation | <p>Vil du/I ikke starte med at præsentere dig/jer selv og lidt om jeres stilling og din/jeres rolle i/til PPR?</p> <p>Kender du/I satspuljeinitiativet 'En styrket indsats 2019-2022'?</p> <p>Kan du/I fortælle om jeres forståelse af 'lettere' behandling?</p> | <p>Navn, baggrund, funktion, ansat i stilling hvor længe?</p> |
| Implementering generelt | <p>Hvad har din rolle været i projektet?</p> <p>Kan du/I fortælle lidt om [navn på kommunens indsats]?</p> | <p>Er det "ny" målgruppe? Hvad gør I? Hvorfor arbejder I med den indsats?</p> |
| | <p>Kan du beskrive jeres arbejde med projektet 'lettere behandling i PPR?</p> <p>Hvad fungerer hhv. godt og mindre godt?</p> <p>Hvordan adskiller det sig fra den måde, som I tidligere har arbejdet på?</p> | <p>Er I stødt på særlige udfordringer/muligheder undervejs? Hvad er de største muligheder og barrierer: Ledelse Barnets omgivende miljø: Familien Skolen Samarbejde Viden og kompetencer</p> |
| Forventede konsekvenser/resultater på kort sigt | <p>Oplever du/I, at lettere behandling i PPR har gjort en forskel?</p> <p>Oplever du/I, at PPR er blevet styrket (og hvad betyder det?)?</p> <p>Hvorfor/hvorfor ikke/hvordan?</p> | <p>Hvilke styrker og svagheder oplever du?</p> <p>Har det gjort en forskel for de lettere behandlingsindsatser? måden, I arbejder med indsatser på? børnene/de unge? forældrene i forhold til tryghed fx? jeres samarbejdspartnere?</p> |
| De 6 faglige anbefalinger: | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Overordnet</p> | <p>Hvordan er planlægning af behandlingsforløb/indsatser for børn/unge blevet anderledes efter lettere behandling i PPR?</p> <p>Kender du/I de faglige anbefalinger vedr. udvikling og implementering af lettere behandling i PPR?</p> <p>Hvordan oplever du anbefalingerne? Er der nogle, der er lettere at implementere end andre?</p> | <p>Hvad synes du fungerer hhv. godt/mindre godt?</p> <p>Hvordan varierer de i forhold til jeres tidligere praksis?</p> <p>← (her er tale om de 6 råd til lettere behandling, planlægning af det, samarbejde, inddragelse af familie og skole mv.).</p> |
| <p>1. Den samlede tilbudsvifte</p> | <p>Hvordan passer lettere behandling i PPR sammen med de øvrige tilbud i kommunen?</p> <p>(i forhold til om tilbuddene er dækkende for målgruppens behov)</p> <p>Kender du indsatsstrappen?</p> | <p>Oplever du/I, at der er sammenhæng mellem tilbuddene?</p> <p>Hvad tænker du om det?</p> <p>(Hvis fx ikke der er en samlet vifte, kan man antage, at det tænkes som hæmmende for arbejdet)</p> <p>Har I et overblik over den samlede tilbudsvifte, og hvor der evt. mangler tilbud/indsatser?</p> |
| <p>2. Indgang til PPR og faglig vurdering som adgang til lettere behandling</p> | <p>Hvordan vurderer du mulighederne for at få adgang til PPR?</p> <p>Har det ændret sig med arbejdet om indgang til PPR?</p> <p>Har I gjort noget særligt for at understøtte den del?</p> <p>Hvordan har du/I oplevet processen med visitation af børn/ unge i 'lettere behandling i PPR'?</p> <p>Hvordan oplever du visitation af børn/unge i PPR?</p> <p>Har det ændret sig efter arbejdet med anbefalingerne/'lettere behandling i PPR'?</p> <p>Systematisk, faglig, smidig indgang?</p> <p>Oplever du, at I og jeres samarbejdspartnere er blevet bedre til at identificere tegn på mistrivsel tidligere?</p> | <p>← (for forældre og samarbejdspartnere)</p> <p>Hvad fungerer hhv. godt/ mindre godt? Hvorfor tror du, det er sådan?</p> <p>Er der forhold, der hhv. udfordrer/understøtter processen?</p> <p>Hvordan foregår det? Hvem er involverede?</p> <p>Har I gjort noget særligt for at understøtte den del?</p> <p>Er det anderledes end tidligere?</p> |
| <p>3. Lettere behandling</p> | <p>Hvad gør I, når I skal definere indsatser over for det enkelte barn/den unge?</p> <p>(tilbyde og tilpasse indsatserne til den enkelte unge/barn?)</p> <p>Individuelle behov</p> <p>Miljøinddragelse</p> <p>Evidensbaseret viden</p> <p>Er det anderledes end tidligere (inden 'lettere behandling i PPR)?</p> <p>Hvorfor/hvordan</p> | <p>Vælge? Hvad prioriterer I ud fra, hvilke kriterier? Kan I eksemplificere?</p> <p>Hvordan er det muligt for jer at vurdere børn/unges forløb i indsatsen?</p> <p>Er det noget, som har en positiv indvirkning på jeres arbejde i PPR generelt for at hjælpe målgruppen?</p> <p>Oplever du, at indsatsen tilpasses til det enkelte barn/den unge?</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>4. Mål, opfølgning og dokumentation af indsatsen</p> | <p>Hvordan arbejder I med mål og opfølgning?</p> <p>Mål Individuelle mål? Inddrager I børn/unge i fastsættelse af mål? Inddrager I andre aktører?</p> <p>Hvordan følger I op på indsatsen? Systematisk/procedurer? Hvem? Dialog/skriftlighed? Data-dokumentation+</p> | <p>Hvad fungerer hhv. godt/mindre godt i forhold til at inddrage børnene og deres forældre/institutioner?</p> <p>Oplever du, at det har en betydning at inddrage børnene/de unge og deres familie/kontekst?</p> <p>Oplever du, at indsatsen tilpasses til det enkelte barn/den unge?</p> |
| <p>5. Samarbejde og koordinering på tværs</p> | <p>Hvordan oplever du samarbejdet med andre faggrupper om børnene/de unge? Koordineret Tæt Tværfaglige kompetencer</p> <p>Er der opstået nye måder at samarbejde internt og eksternt på i forbindelse med 'lettere behandling i PPR'?</p> | <p>Hvordan foregår processen med at sammensætte behandling? Hvordan oplever du samarbejdet? Hvem samarbejder (intern og eksternt), hvordan – (systematisk/ad hoc) og hvordan? Hvad fungerer hhv. godt/mindre godt? Oplever du, at det gør en forskel?</p> |
| <p>6. Kompetencer</p> | <p>Hvordan oplever du det faglige miljø i PPR?</p> <p>Oplever du, at I har kompetencerne til at tilbyde: en faglig vurdering af børn og unge? lettere behandlingsindsatser over for det enkelte barn? indsatser over for barnets miljø?</p> | <p>Har 'lettere behandling' givet anledning til opkvalificering eller kompetenceudvikling? Hvis ja, hvordan? Hvis nej, hvordan er det?</p> <p>Er der blevet gjort noget særligt for det? Har du savnet kurser mv.? Systematisk/ad hoc? Sparring, supervision, drøftelse af cases?</p> |
| <p>Afslutning</p> | <p>Har du nogle afsluttende bemærkninger eller spørgsmål?</p> | |

Mange tak, fordi vi måtte interviewe dig/jer ☺

Bilag 6 Kodeskema statusrapporter

| Hovedkode | Underkode | Beskrivelse |
|--|--|---|
| Intro | Kommune | Skriv |
| Grundlæggende karakteristika ved indsatsen | Navn på indsatsen | Skriv indsatsen(indsatserne) |
| | Er indsatsen udviklet af kommunen selv? | 1: Ja 2: Delvist 3: Nej |
| | Opstart | Skriv dato |
| | Afslutning | Skriv dato |
| | Fortsættelse af tidligere projekt. Hvis det er en indsats, de tidligere har erfaring med. | 1: Ja 2: Nej |
| | Ønsker at forlænge/fortsætte indsatsen. | 1: Ja 2: Delvist 3: Nej |
| | Er indsatsen manualbaseret? | 1: Ja 2: Delvist 3: Nej |
| | Målgruppe(r) | Skriv aldersgruppe på børn/unge i tilbud. Her kan være flere. |
| | Indsatsområde | 1: Angst 2: Fravær (skolevægring) 3: Mistrivsel 4: Forældre 5: Autisme+ 6: Andet |
| | Modtagergruppe af indsats | 1: Forældre 2: Børn/unge 3: Skole/institution 4: Andet Her kan være flere |
| | Indsatsstype | 1: Individuelt 2: Gruppeform 3: Både individuelt og gruppe |
| Målsætninger | Målsætninger for børn? | 1: Ja 2: Nej |
| | Hvis ja, indsæt målsætninger kvalitativt. | |
| | Målsætninger for unge? | 1: Ja 2: Nej |
| | Hvis ja, indsæt målsætninger kvalitativt. | |
| | Målsætninger for børn/unge med autisme? | 1: Ja 2: Nej |
| | Hvis ja, indsæt målsætninger kvalitativt. | |
| | Målsætninger for forældre? | 1: Ja 2: Nej |
| | Hvis ja, indsæt målsætninger kvalitativt. | |
| | Målsætninger for omgivende miljø (minus forældre)? Fx for lærere, pædagoger. | 1: Ja 2: Nej |

| Hovedkode | Underkode | Beskrivelse |
|-----------------------|---|--|
| | Hvis ja, indsæt målsætninger kvalitativt. | |
| Projektets resultater | Opkvalificering af medarbejdere? | 1: Ja 2: Nej |
| | Hvis ja til opkvalificering: hvem? | 1: Alle medarbejdere i PPR 2: Nogle medarbejdere i PPR 3: Projektleder(e) 4: Andre |
| | Evidensbaserede dokumenteringsmetoder | 1: FIT 2: SDQ 3: Indsatsen dokumenteres ikke 4: Andet (skriv) Her kan være flere |
| | Udbredelse af indsats | Hvordan de har udbredt den. Fx via 1: AULA/Intra 2: Hjemmeside 3: Mail 4: Tlf. 5: Oplæg 6: Andet (skriv) Her kan vælges flere |
| | Råd til andre kommuner i forhold til implementering. | Indsæt tekst |
| Andet | Udfordringer Fx opsigelser, manglende deltagere mv. Udfordringer med at skaffe deltagere eller med at definere målgruppen. | 1: Opsigelser har udfordret. 2: Barsel har udfordret. 3: Manglende deltagere til projekt har udfordret. 4: Definerings af målgruppe. 5: At skelne mellem, hvornår problemer er for 'store'/komplekse til indsatsen, har udfordret, dvs. at finde rette kandidater 6: Forsinkelser og årsag. 7: Andet (skriv) |
| | Konsekvenser | 1: Metoder fra indsatsen bruges til andre opgaver/områder i PPR. 2: Andet (skriv) |

Bilag 7 Kodebog kvalitative interview

| Hovedkode | Beskrivelse |
|---|---|
| Informanten | Hvem er informanten (leder, medarbejder mv.), hvor længe har de været ansat i PPR, hvilken uddannelsesbaggrund har de og erfaring med PPR? |
| PPR generelt | Oplevelse af PPR's rolle og opgaver. Vurdering af lettere behandling i regi af PPR. |
| Tilbuddene/indsatserne i projektet | Baggrund for valg af indsats og beskrivelse af indsats, fx. målgruppe, vidensbaseret m.m. Hvad målgruppen er kendetegnet ved, fx angst, fravær mv. Hvordan deres indsats(er) og projektet generelt adskiller sig fra andet arbejde og tidligere indsats. Fx i forhold til metoder, behandlende rolle, samarbejde, hvad er fordele og ulemper. |
| Implementering | Kendskabet til de faglige anbefalinger, hvordan de har arbejdet med dem. Oplevede muligheder og udfordringer ved implementering af lettere behandling, herunder de faglige anbefalinger. |
| Organisatoriske faktorer | Fx rekrutteringsvanskeligheder af psykologer, kurser, der blev udbudt sent, STUK-arrangementer, der har været for sent, for få børn, barsel blandt medarbejdere, corona mv. Om de har mange eller få i målgruppen, udfordringer ved at skaffe nok eller har for mange deltagere i målgruppen til projektet. Ledelse. |
| Indgang til PPR og faglig vurdering som adgang til LB | Hvordan får man fat på PPR, hvordan er det anderledes end før projektet, har det været svært at lave en samlet indgang, udfordringer, fremmere, har det nogle fordele? Hvordan får børn/unge tilbud/kontakt til PPR? Er det gennem samarbejde til skolen, tlf., Aula, mail, læge mv.? Hvordan kommer man i betragtning til lettere behandlingstilbud? Hvad er processen, hvorfor sådan? Oplevelse af, om det er nemt/let indgang til PPR? |
| Mål, data, opfølgning | Fastsættes der mål for børn/unge i indsats? Hvem er inddraget? Fx forældre, skole. Hvilke metoder benyttes (fx SMART mål)? Hvorfor/hvorfor ikke? Hvilke data bruges til at måle og eller følge barnets udvikling? Fx FIT, SDQ. Hvordan bruges disse data? Fx til møder med leder, skole, intern læring mv. Fordele og ulemper. Hvorfor/hvorfor ikke? Hvilke udfordringer er der med data (fx folk, der ikke svarer på survey, tidskrævende, opleves irrelevant mv.)? Er der opfølgning, fx booster-samtale, hvorfor, bidrager med hvad, opsamling på data evt. |
| Samarbejde og koordinering på tværs | Hvem samarbejdes der med og hvordan? Muligheder og udfordringer. Hvordan inddrages konteksten i samarbejde, fx skole og familie? Hvad er procedurerne? |
| Kompetencer | Oplevelsen af nødvendige kompetencer. Forbedringer af kompetencer. Muligheder for at styrke hele stabens kompetencer, greb for dette. Følelsen af at være tilstrækkeligt klædt på. |
| Konsekvenser Resultater Tilfredshed | Oplevede resultater af indsatsen for børn og unge + PPR. Indstilling over for lettere behandling, indsatsen, projektet. Tanker om fortsættelse eller ej. Fordele/ulemper. Udfordringer, fx fra politisk side. Oplevelse af at føle sig hørt og hjulpet. Oplevelser med PPR, i forhold til om oplevelsen har været god/dårlig, hvorfor/hvorfor ikke? Fx som borger. |
| Fremadrettet | Hvad skal der ske med indsatsen fremadrettet? Efter projektet og midlerne ophører? |
| Andet | |

VIVÉ