

A close-up photograph of two young children sitting at a table, focused on drawing. The child in the foreground is using a pencil to draw on a piece of paper. The child in the background is also drawing. The image is used as a background for a report cover.

**Deloitte.**

**ABSALON**

PROFESSIONSHØJSKOLEN  
ABSALON

**UCN**

PROFESSIONSHØJSKOLEN

# Undersøgelse af kommunernes pædagogisk- psykologiske rådgivning (PPR)

2. juni 2020

# Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning</b>	<b>4</b>
1.1	Formål og baggrund	4
1.2	Analysedesign	5
1.3	Datakilder	6
1.4	Centrale begreber	9
1.5	Læsevejledning	13
<b>2</b>	<b>Kommunernes samlede indsats og PPR's rolle</b>	<b>16</b>
2.1	Udvikling i psykisk mistrivsel blandt 0-18-årige	16
2.2	PPR's organisering og rolle i samarbejdet om børn og unge i psykisk mistrivsel	18
2.3	Snitflader i kommunernes arbejde med målgruppen børn og unge i psykisk mistrivsel og PPR's rolle heri	24
2.4	Kommunale indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel og PPR's rolle heri	27
<b>3</b>	<b>Karakteristika ved kommunernes PPR</b>	<b>34</b>
3.1	PPR's interne organisering og økonomi	34
3.2	Opgaver i PPR	37
3.3	Fordeling af årsværk på opgaver	38
3.4	Personalesammensætning og kompetencer i PPR	41
3.5	Kompetencer	43
3.6	PPR's indsatser	45
<b>4</b>	<b>Lettere behandlingstilbud</b>	<b>63</b>
4.1	Lettere behandlingstilbud i kommunerne i dag	64
<b>5</b>	<b>Implementering af lettere behandling</b>	<b>67</b>
5.1	PPR-ledernes vurdering af egne forudsætninger og barrierer for udbredelsen af lettere behandling i dag	67
5.2	PPR's ressourcer/økonomi og øvrige opgaver	69
5.3	PPR's personalesammensætning og kompetencer	72
5.4	PPR's organisering og samarbejdsrelationer	74
5.5	Betydningen af kommunestørrelse for udbredelsen af lettere behandling	77
<b>6</b>	<b>Kortlægning af forskningslitteraturen</b>	<b>81</b>
6.1	Litteraturkortlægning	81
6.2	Narrativ syntese	85
6.3	Opsamlende analyse	93
<b>7</b>	<b>Pejlemærker for god praksis for lettere behandling i PPR</b>	<b>97</b>
7.1	Pejlemærke 1: Tværgående organisering og forskelligartede samarbejdsflader fremmer indsatsen	99

7.2	Pejlemærke 2: Fælles vidensgrundlag som udgangspunkt sætter retningen	104
7.3	Pejlemærke 3: Enkle visitationsprocedurer tilgodeser afklaring og tilgængelighed	105
7.4	Pejlemærke 4: Systematiske beskrivelser muliggør overførbare, udvikling og gentagelse af indsatser	107
7.5	Pejlemærke 5: Målrettet praksis skaber progression	108
7.6	Pejlemærke 6: Evaluering og registrering giver retning for udvikling	110
7.7	Pejlemærke 7: Alsidige faglige og personlige kompetencer hos medarbejdere styrker indsatserne	112
7.8	Pejlemærke 8: Bredden i lettere behandlingstilbud imødekommer forskellige behov hos børn og unge	114
<b>8</b>	<b>Bilag 1: Datagrundlag</b>	<b>118</b>
8.1	Casestudier til kortlægningen	118
8.2	Casestudier til afdækning af god praksis	119
8.3	Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse	119
8.4	Datamæssige usikkerheder forbundet med spørgeskemadata	120
<b>9</b>	<b>Bilag 2 Søgerapport til litteraturkortlægningen</b>	<b>121</b>
9.1	Databaser og søgestreng	121
9.2	In- og eksklusionskriterier	123
9.3	Screening og flowchart	124
9.4	Oversigt over inkluderede studier	125
9.5	Karakteristik af inkluderet forskning	130
9.6	Oversigt over studiernes geografiske forankring	131
9.7	Publikationsår	131
9.8	Forskningsdesign	131
9.9	Individernes alder (flere kodninger er muligt pr. studie)	132
9.10	Samlet antal studier og individer	132

# 1 Indledning

Denne undersøgelse giver en bred indsigt i den nuværende situation for kommunernes PPR og præsenterer 8 pejlemærker for god praksis og forudsætninger for implementering af lettere behandlingstilbud.

## 1.1 Formål og baggrund

Deloitte, Professionshøjskolen UCN og Professionshøjskolen Absalon har gennemført en undersøgelse af kommunernes pædagogiske psykologiske rådgivning (PPR) for Børne- og Undervisningsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet samt Finansministeriet.

Undersøgelsen er finansieret af og gennemført som led i det tværministerielle initiativ om en styrket indsats i PPR (jf. boks), der indgik i "Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2019-2022". Afrapporteringen af undersøgelsen har været til kommentering i initiativets faglige arbejdsgruppe og i sekretariatet for styregruppen.

Initiativet skal bidrage til en styrket indsats i kommunernes PPR gennem udvikling af og forsøg med implementering af lettere behandlingstilbud i udvalgte kommuners PPR fra 2020-2022 (jf. boks).

Formålet er, at PPR's potentiale til at observere og reagere på børn og unge i psykisk mistrivsel eller tegn herpå udnyttes bedre ved at styrke PPR's mulighed for at tilbyde lettere behandling.

Afsættet for undersøgelsen er, at der mangler viden om, hvordan PPR er organiseret og anvendt på tværs af kommunerne. I forlængelse heraf har der været behov for at afdække, hvad et lettere behandlingstilbud i PPR mest hensigtsmæssigt indebærer, herunder med hensyn til kvalitet, virkning og samspil med de involverede parter. Endelig mangler der et overblik over kommunernes forskellige forudsætninger for at implementere lettere behandling i PPR.

Undersøgelsen bidrager derfor til initiativet ved at give indsigt i kommunernes nuværende PPR-indsats og deres forskellige forudsætninger for at implementere lettere behandlingstilbud.

Undersøgelsen er gennemført i samarbejde med en tværministeriel arbejdsgruppe, og det har været et vilkår for opgaveløsningen løbende at tilpasse undersøgelsens sigte, så den bedst muligt understøttede arbejdsgruppens eget arbejde, herunder med at udarbejde anbefalinger vedrørende lettere behandling i PPR. Ligeledes har det været prioriteret at sikre en løbende videndeling med arbejdsgruppen.

Undersøgelsen består af 2 dele (jf. læsevejledning i afsnit 1.5):

1. Kortlægning af kommunernes PPR
2. Afdækning af god praksis for lettere behandling i PPR

### Initiativ om en styrket indsats i PPR

Elementer i satspuljeinitiativet:

1. Et fagligt arbejde for lettere behandlingstilbud i PPR baseret på bedst mulig evidens, viden og erfaringer på tværs af sundheds-, social- og undervisningsområdet
2. En ekstern kortlægning af kommunernes nuværende PPR og best practice
3. Implementering af lettere behandlingstilbud i udvalgte kommuner (2020-2022)
4. Evaluering af de udvalgte kommuners lettere behandlingstilbud (2020-2022).

Kilde: Bilag 1 til satspuljeinitiativ om en styrket indsats i PPR 2019



**Kortlægningen** af kommunernes PPR har til formål at tilvejebringe viden om PPR og de forskelle, der er på tværs af kommunerne. Kortlægningen beskæftiger sig med 2 hovedtemaer:

- Kommunernes samlede indsats i forhold til børn og unge i psykisk mistrivsel og PPR's rolle heri
- PPR's opgaver, kompetencer og personalesammensætning, interne organisering og ressourcer samt indsatser

**Afdækningen af god praksis** har til formål at give indsigt i, hvordan kommunernes PPR bedst muligt kan tilrettelægge lettere behandling af børn og unge i psykisk mistrivsel. Afdækningen er sammenfattet i en kortlægning af den danske og den internationale forskningslitteratur vedrørende 23 specifikke indsatser samt i et katalog med 8 overordnede pejlemærker for god praksis i relation til lettere behandling i PPR. Pejlemærkerne bidrager med at udpege praksis til videreudvikling, anerkende god praksis og give inspiration til faglig udvikling i PPR's arbejde med at etablere og/eller videreudvikle lettere behandling for børn og unge i psykisk mistrivsel.

## 1.2 Analysedesign

Kortlægningen af kommunernes PPR i undersøgelsens første del er baseret på 2 primære datakilder: 1) En landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt kommunernes PPR-ledere og 2) casestudier i 10 udvalgte kommuner bestående af interviews med ledere og fagprofessionelle samt gennemgang af relevante dokumenter og materialer. Spørgeskemaundersøgelsen og casestudierne afdækker henholdsvis kvantitative og kvalitative tendenser på tværs af landets kommuner og PPR-enheder.

Kombinationen af disse datatyper skaber et tværgående overblik over den samlede PPR-indsats i landets kommuner samtidig med, at casestudierne gør det muligt yderligere at uddybe og kvalificere tendenser og variationer på tværs af kommunerne. Spørgeskemadata indebærer dog også en række usikkerheder, som beskrives nærmere i afsnit 1.3.1.

Analysedesignet til undersøgelsens anden del med afdækning af god praksis kombinerer kortlægningen i del 1 med detaljeret og dybdegående viden om god praksis for lettere behandling, som tilvejebringes fra 2 primære datakilder:

- En kortlægning af national og international forskningslitteratur vedrørende 23 indsatser, som arbejdsgruppens indledende kortlægning identificerede som relevante i PPR-sammenhæng
- Casestudier i 5 udvalgte "god praksis"-kommuner. Jf. afsnit 1.3.3 er disse kommuner udvalgt på baggrund af en række nøgleparameter, herunder registreringspraksis, samarbejdsrelationer, bredde i kompetenceprofilen mv.

Kortlægningen af den eksisterende forskningsviden på området sker i forlængelse af en litteraturkortlægning foretaget af arbejdsgruppen med titlen "Afdækning og litteraturreview af vidensgrundlag for indsatser til målgruppen" (2019), hvor nordiske databaser blev afsøgt, og 23 specifikke indsatser blev identificeret. Kortlægningen er således foretaget med udgangspunkt i disse 23 identificerede indsatser. Kortlægningen af forskningslitteraturen er sammenfattet i en analyse, der kigger på tværs af alle de inkluderede studier, og som dels bidrager med et overblik over, hvilke af de 23 indsatser der er undersøgt i forskningsmæssige studier, og hvilke

resultater disse studier har fundet for de pågældende indsatser<sup>1</sup>, dels bidrager til det samlede billede af god praksis for lettere behandling i PPR og de forudsætninger for implementering, der skal være til stede.

Den oparbejdede viden og indsigt fra casestudierne i de 5 "bedste praksis"-kommuner kombineres med viden fra forskningskortlægningen og viden fra kortlægningen og kondenseres ned i et katalog med 8 pejlemærker for god praksis<sup>2</sup>. Disse pejlemærker bygger således på i alt 4 datakilder/analyser (dog primært de sidste 2). Der redegøres for disse 4 datakilder i næste afsnit.

### 1.3 Datakilder

I de følgende underafsnit beskrives undersøgelsens 4 primære datakilder og dataindsamlingsprocessen.

#### 1.3.1 Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse

Der er udsendt en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til kommunernes PPR-ledere<sup>3</sup>, som er blevet bedt om at vurdere den lokale PPR-indsats på tværs af undersøgelsens fokusområder. Der eksisterer på nuværende tidspunkt ikke registerdata, som beskriver den kommunale PPR-indsats, og spørgeskemaet er derfor det bedste alternativ til indsamling af de nødvendige data.

PPR-lederne har sammenlagt haft 2 uger til at besvare spørgeskemaet, som med 2 rykkere har opnået en svarprocent på 72,5% fuldførte og yderligere 11% delvist gennemførte besvarelser.<sup>4</sup> Der har været fokus på at sikre repræsentativitet gennem telefoniske opfølgninger.

Både ordlyd og relevans i de enkelte spørgsmål og svarkategorier er blevet kvalificeret og justeret på baggrund af input fra Landssamrådet af PPR-chefer, samt de involverede ministerier. Der er desuden gennemført pilottests i 2 kommuner, hvor kvalitative interviews har bidraget til at sikre, at spørgsmålene så vidt muligt fortolkes ens, hvilket er med til at styrke spørgeskemaets validitet.

Trods disse tiltag vil spørgeskemadata fortsat være forbundet med højere usikkerhed sammenlignet med registerbaserede data. Det er desuden svært entydigt at vurdere kvaliteten i spørgeskemadata, som både kan indeholde tilfældige tastefejl eller systematiske fejl, som skyldes, at respondenterne bevidst ønsker at fremhæve eller nedtone udvalgte parametre i henhold til deres individuelle interesser. Dertil kommer, at manglen på registerdata om PPR betyder, at det ikke er muligt at sammenholde de fleste konklusioner med andre data. Det er imidlertid vurderingen, at data samlet set giver et overordnet indblik i kommunernes indretning af PPR på en række parametre.

---

<sup>1</sup> Bemærk, at kontekstuelle faktorer såsom skole- og dagtilbudssystem, forskelle i konfigurationer af kompetencer, strukturelle mulighedsbetingelser og barrierer, lovgivning osv. afstedkommer, at der ikke nødvendigvis kan være tale om umiddelbar overførbare forhold til PPR i en dansk kontekst.

<sup>2</sup> Pejlemærkerne for god praksis er desuden formuleret med inspiration fra SFI's publikation "Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde" (Jensen, Pedersen, Pejtersen og Amilion, 2016).

<sup>3</sup> I nogle tilfælde har andre medarbejdere bistået med besvarelsen af spørgeskemaet.

<sup>4</sup> Vi har af hensyn til svarprocenten valgt i afrapporteringen at medtage alle besvarelser, dvs. også de delvist gennemførte, hvorfor n under de enkelte figurer vil variere.

### **1.3.2 Casestudier til kortlægning af PPR i 10 repræsentativt udvalgte kommuner**

Som en del af kortlægningen er der gennemført casestudier i 10 kommuner. Kommunerne er udvalgt på baggrund af et ønske om at sikre repræsentativitet på 3 centrale parametre:

1. Geografi
2. Variation i kommunestørrelse
3. Demografi (andel 0-18-årige)

Derudover har der på baggrund af mere specifikke interesseområder været fokus på at skabe variation i PPR's organisatoriske forankring (central/ decentral) i kommuneudvælgelsen samt inkluderet kommuner, som har et familiehus.

Hvert casestudie består af interviews med PPR-leder og ansvarlig økonomikonsulent<sup>5</sup> samt et fokusgruppeinterview med relevante PPR-medarbejdere (ofte faglige ledere fra de forskellige faggrupper i PPR) og et fokusgruppeinterview med fagchefer fra PPR's primære samarbejdspartnere<sup>6</sup>.

Interviewene er gennemført som semistrukturerede<sup>7</sup> interviews, hvilket sikrer, at vi på hvert besøg får opfyldt vores vidensbehov, samtidigt med at vi i samtalen har skabt fleksibilitet til at forfølge nye perspektiver, som interviewpersonerne mener er vigtige for deres specifikke PPR-indsats.

Spørgerammerne til interviewene er forud for interviewet blevet kvalificeret og valideret med inddragelse af Landssamrådet af PPR-chefer samt 2 øvrige kommuner.

Forud for hvert besøg er kommunerne blevet bedt om at sende materiale om deres organisation, tilbudsvifte og strategi for udvikling af området, hvilket sammen med deres besvarelse af spørgeskemaet har gjort det muligt at identificere centrale temaer i spørgerammen og spørge mere konkret ind til kommunens PPR-indsats.

### **1.3.3 Casestudier til afdækning af god praksis for lettere behandling i PPR i fem kommuner**

Casestudierne til afdækning af god praksis er i samarbejde med opdragsgiver udvalgt ud fra en række nøgleparametre, der indikerer enten god praksis i PPR eller giver mulighed for afdækning af interessante vidensbehov i undersøgelsen (fx betydningen af en meget bred kompetenceprofil i PPR). Dermed sikres det størst mulige udbytte af casestudierne.

Da caseudvælgelsen til afdækningen af god praksis er gennemført efter spørgeskemaundersøgelsen, har det været muligt at anvende PPR-ledernes besvarelser på relevante spørgsmål i spørgeskemaet i forbindelse med udvælgelsen.

---

<sup>5</sup> I nogle kommuner har det ikke været relevant at interviewe en økonomikonsulent. I disse kommuner har PPR-lederen dækket denne rolle.

<sup>6</sup> Skole- og dagtilbudsområdet, familieområdet, sundhedsområdet, SSP.

<sup>7</sup> I et semistruktureret interview anvender interviewer en interviewguide med en række spørgsmål, der ønskes besvaret under interviewet. Spørgsmålenes rækkefølge kan variere, og der er mulighed for at stille uddybende spørgsmål. Metoden giver interviewer mulighed for at styre interviewet, samtidig med at respondenter frit kan besvare spørgsmålene.

Dette har gjort det muligt at identificere de kommuner, hvor PPR – ifølge PPR-ledernes besvarelser – har:

1. de bedste samarbejdsrelationer med øvrige kommunale aktører
2. den mest omfattende registrerings- og opfølgingspraksis
3. den bredeste kompetencesammensætning
4. en opgaveportefølje, hvor lettere behandling fylder mest

Derudover er registerdata fra Uddannelsesstatistik.dk også inddraget som parametre i udvælgelsen. Disse data har gjort det muligt at identificere de kommuner, der har<sup>8</sup>:

5. den højeste trivsel i grundskolen
6. det laveste gennemsnitlige fravær i grundskolen

Således er der i alt 6 primære udvælgelsesparametre, som indikerer elementer af god praksis på PPR-området (1-2), interessante vidensbehov i PPR (3-4) og gode resultater inden for PPR's primære virkeområde (5-6). Kommuner, som klarer sig godt på disse 6 parametre, er derfor alt andet lige interessante at undersøge med henblik på at afdække god praksis for arbejdet med lettere behandling i PPR.

Samtlige 67 kommuner, der har deltaget i undersøgelsen, er efterfølgende blevet rangordnet fra 1-67 på de enkelte udvælgelsesparametre, hvorefter deres gennemsnitlige placering på tværs af alle 6 parametre er blevet udregnet.

Denne gennemsnitlige placering er anvendt til at sortere kommunerne og udvælge en bruttoliste med de 20 højest placerede og dermed umiddelbart mest interessante kommuner til afdækning af god praksis i relation til lettere behandling i PPR. Ud fra denne bruttoliste er der efterfølgende udvalgt 5 kommuner (se afsnit 8.2 i bilag 1), som afspejler en spredning i geografi, kommunistørrelse og socioøkonomi. Herefter er det efter opdragsgivers ønske sikret, at der blandt de 5 udvalgte kommuner er kommuner, hvor PPR er organiseret sammen med familieområdet eller i et familiehus.

De 5 kommuners praksis blev undersøgt ved casebesøg og kvalitative interviews og fokusgrupper. I alt er der blevet gennemført 39 interviews med PPR-ledere, PPR-psykologer med lettere behandlingsfunktion, PPR-medarbejdere med lettere behandlingsfunktion. Disse kan fx være uddannet cand.pæd.pæd.psyk., skole-/dagtilbudsleder, pædagoger, lærere og forældre.

Det har igennem udvælgelsen af informanter været tilstræbt at tilvejebringe forskellige perspektiver på PPR's arbejde med lettere behandling. Her er fokuseret på dels et internt perspektiv repræsenteret ved PPR-leder og PPR-medarbejdere, dels på et perspektiv fra dem, der har PPR som samarbejdspartnere, nemlig skoleledere, lærere og pædagoger fra daginstitutioner.

Endvidere rummer data et forældreperspektiv fra forældre, der selv, eller hvis børn eller begge dele, har benyttet PPR's lettere behandlingstilbud. 15

---

<sup>8</sup> Data er indsamlet på kommuneniveau og er et gennemsnit af data fra skoleåret 2017/2018 og skoleåret 2018/2019. Data er korrigeret for socioøkonomi. Data om trivsel er det gennemsnitlige trivselsniveau og kommer fra årlige nationale trivselsmålinger via spørgeskema, hvor eleverne selv vurderer egen trivsel på en skala fra 1-5. Højeste trivsel er defineret som de kommuner, der har den højeste andel elever med en trivselsscore på 3-5 (hvor 5 er den bedst mulige trivsel).



interviews er gennemført som fokusgruppeinterviews med 2-4 deltagere, og 23 er gennemført som enkeltinterviews.

#### 1.3.4 Kortlægning af forskningslitteraturen for 23 identificerede indsatser

Kortlægningen af forskningslitteraturen fokuserer på national såvel som international forskningsviden med vægt på sidstnævnte, da der som nævnt i afsnit 1.2 tidligere er foretaget en kortlægning af nordisk litteratur. Da genstandsfeltet konstitueres af både en pædagogisk og en sundhedsvidenskabelig tradition, tager kortlægningen afsæt i et valg af databaser, der netop tager udgangspunkt i denne tværfaglighed – dog med en vægtning på pædagogiske databaser set i lyset af, at konteksten netop er skole, dagtilbud og pædagogisk-psykologisk rådgivning. Der er foretaget søgninger i følgende 6 databaser: Educational Resources Information Center (ERIC), PsycInfo, Education Research Complete, Academic Search Premier, ProQuest samt Den danske forskningsdatabase.

Kortlægningen afgrænses sprogligt til nordiske sprog og engelsk, og tidmæssigt afgrænses fra 2014 til 2020. Der søges desuden alene efter fagfællebedømt litteratur. Der anvendes bloksøgning i progredierende iterationer. Der henvises til bilag 2 for yderligere information om søgestreng, in- og eksklusionskriterier og oversigt over inkluderede studier.

### 1.4 Centrale begreber

Dette afsnit giver en kort introduktion til følgende centrale begreber, som indgår i undersøgelsen. Definitionerne tager udgangspunkt i den tværministerielle arbejdsgruppes oprindelige afgrænsning af begreberne:

- PPR (pædagogisk-psykologisk rådgivning)
- Psykisk mistrivsel
- Indsatstrappen
- Lettere behandlingstilbud

#### 1.4.1 PPR

Kommunerne er forpligtet til at tilbyde pædagogisk-psykologisk rådgivning i forbindelse med afgørelser om specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand (jf. folkeskolelovens § 12, stk. 2). Det indebærer konkret, at PPR er ansvarlige for at rådgive kommuner og skoler, så de har et sagligt grundlag, når de skal træffe afgørelser om specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand og tilrettelægge undervisningen for elever med særlige behov.

Der er dog praksis for, at PPR har en bredere og mere varierende opgaveportefølje i kommunerne i forhold til børn og unge mellem 0 og 18 år. PPR samarbejder med kommunernes dagtilbud og skoler om at skabe læring, udvikling og trivsel for alle børn og unge i inkluderende fællesskaber og læringsmiljøer og varetager opgaver i forlængelse af opgaverne i dagtilbud og grundskolen i snitfladen mellem undervisning, det sociale/familieområdet og sundhedsområdet, herunder henviser PPR i nogle kommuner børn og unge til den regionale børne- og ungdomspsykiatri. I den forbindelse ligger også sparring med fagprofessionelle og rådgivning af forældre.

PPR er ofte organiseret i en tværgående forvaltning eller socialforvaltningen og samarbejder med andre myndigheder om børn og unge samt deres familier. Hvis PPR støder på en problemstilling, der ligger uden for deres kompetence- eller ansvarsområde, videregives denne til relevant myndighed, herunder regionen eller andre forvaltninger i kommunen, som har mulighed

Den **pædagogiske-psykologiske vurdering** omfatter en vurdering af elevens kompetencer og et forslag til den nærmere ordning af den specialpædagogiske bistand i forhold til den enkelte elev.

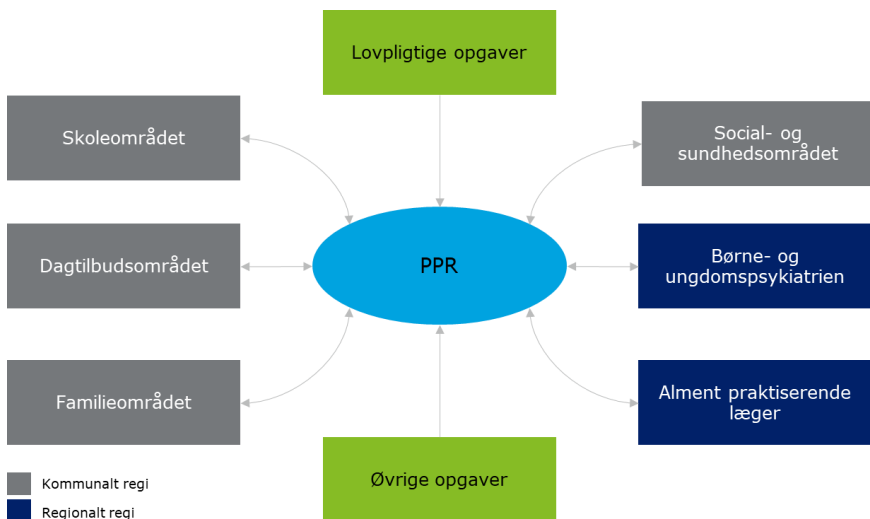
**Specialundervisning** er undervisning i specialskoler og specialklasser samt undervisning i den almindelige klasse, hvor eleven får støtte i mindst 9 ugentlige timer.

**Specialpædagogisk bistand** omfatter foranstaltninger, som er nødvendige for elevernes deltagelse i undervisningen, eller som medvirker til at fremme formålet med undervisningen for eleven.

Kilde: Børne- og Undervisningsministeriet

for at behandle sagen. PPR har således ikke efter lovgivningen beføjelser til at foretage en formel henvisning til andre tilbud. Der er ofte også praksis for, at børn og unge først henvises til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, når der er foretaget en pædagogisk-psykologisk vurdering.

Figur 1.1. PPR's opgaver og samarbejder



Som led i at understøtte målsætningen om inklusion blev det i økonomiaftalen for 2011 blandt andet aftalt, at PPR i højere grad skal rådgive og vejlede skolerne om at tilbyde elever med særlige behov inkluderende læringsmiljøer i den almene folkeskole.

Folkeskolelovgivningen indeholder ikke bestemmelser om den nærmere organisering af den pædagogiske-psykologiske rådgivning.

#### 1.4.2 Psykisk mistrivsel

I kortlægningen er den tværministerielle arbejdsgruppes afgrænsning af psykisk mistrivsel anvendt:

*"Psykisk mistrivsel og udviklingen af psykiske lidelser ses som et spektrum af på den ene side tegn på psykisk mistrivsel og på den anden side begyndende symptomer på psykiske lidelser og egentlige psykiske lidelser i let grad.*

*Psykisk mistrivsel kan vise sig ved forskellige adfærdsmæssige, psykiske og fysiske reaktioner, herunder aggressioner, koncentrationsbesvær, tristhed, at være irriteret, ængstelig eller nervøs, som ensomhed, lavt selvværd, uro, søvnbesvær, bekymrende skolefravær, skolevægring mv."*

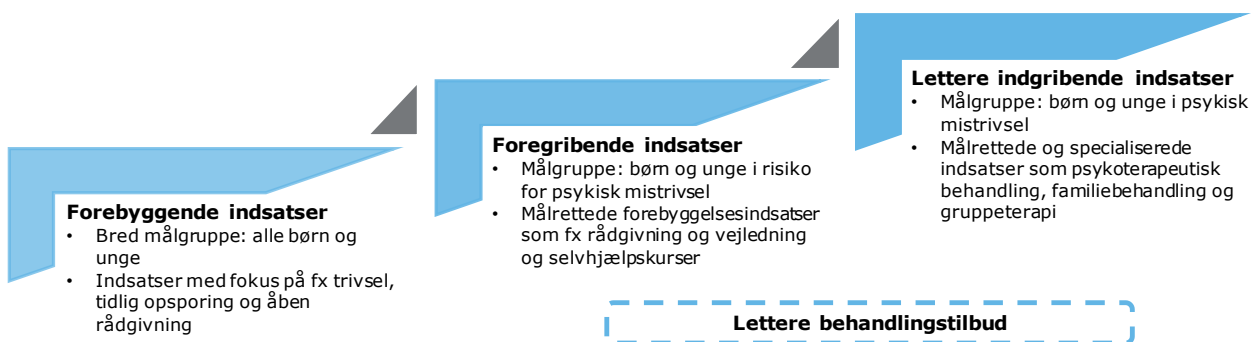
#### 1.4.3 Indsatstrappen over indsatser målrettet psykisk mistrivsel

Med udgangspunkt i den tværministerielle arbejdsgruppes bud på lettere behandling og centrale PPR-opgaver er der udarbejdet en overordnet indsatstrappe<sup>9</sup>, der inddeler indsatser til forebyggelse og lettere behandling af psykisk mistrivsel og symptomer på psykiske lidelser blandt børn og unge i 3 kategorier, jf. nedenfor.

<sup>9</sup> Denne indsatstrappe stammer fra den tværministerielle arbejdsgruppe bag projektet. Indsatstrappen var gældende, da denne undersøgelse blev gennemført og er derfor anvendt i forklaringstekster i både spørgeskema og casebesøg. Arbejdsgruppen har dog senere i projektets forløb præciseret indsatstrappen (herunder opdelingen mellem typer af indsatser), og derfor afviger den nuværende definition på visse mindre punkter fra den, som er anvendt i denne undersøgelse.

Indsatsstrappen med begreberne forebyggende, foregribende og lettere indgribende indsatser er endvidere valgt, fordi kommunerne i vid udstrækning i forvejen kender og arbejder med denne terminologi (selvom der i kommunerne findes mange udgaver af trappen, herunder med forskel i antal trappetrin, og at der i andre sektorer anvendes andre terminologier).

Figur 1.2. Figur over forebyggende, foregribende og lettere indgribende indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel



I denne indsatsstrappe<sup>10</sup> har de **forebyggende indsatser** typisk et bredt sigte med fokus på en systematisk indsats i almenområdet og identifikation og opsporing af børn i psykisk mistrivsel. Det kan fx være i form af fokus på oplysning, generel trivselsunderstøttende tilbud, åbne rådgivningstilbud og fagpersoners evne til at opspore børn og unge i mistrivsel tidligst muligt på tværs af social-, sundheds- og undervisningsområdet. Der afgrænses fra de alment forebyggende indsatser.

De **foregribende indsatser** er tidlige indsatser målrettet børn og unge i risiko for psykisk mistrivsel og med symptomer på psykiske lidelser, og målgruppen er derfor smallere end for de forebyggende indsatser. Foregribende indsatser vil i denne indsatsstrappe tage udgangspunkt i det enkelte barns/den unges behov og være målrettet enten et enkeltindivid og/eller et fællesskab. Indsatserne kan være tilbud i form af rådgivning og vejledning til børn eller familier, forældrekurser, bekymringsamtaler eller mestringskurser for børn eller unge.

De **lettere indgribende indsatser** har til formål at afhjælpe alvorlige udfordringer og problemer for børn og unge, der modtager indsatsen, fordi der er et tydeligt behov for det. Indsatsen kræver specialiseret viden, og der vil ofte være behov for at visitere til indsatsen. Lettere indgribende indsatser kan i denne indsatsstrappe fx bestå af familiebehandling, støtte i hjemmet, psykoterapeutisk behandling eller gruppeterapi.

**Tungere indgribende indsatser (ikke inkluderet i figuren)** varetages typisk af specialiserede funktioner i sundhedssektoren, særligt i børne- og ungdomspsykiatrien, hvorfor de ikke indgår i undersøgelsen, der har fokus på kommunernes arbejde.

Der vil ofte være overlap imellem de 3 indsatsniveauer, og den ene udelukker ikke den anden, hvorfor indsatsstrappen har udgjort en overordnet ramme for afdækning af kommunale indsatser målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel.

#### 1.4.4 Lettere behandling

I denne undersøgelse anvendes en definition af "lettere behandling" fra den tværministerielle arbejdsgruppe bag projektet. Definitionen var gældende, da denne undersøgelse blev gennemført. Arbejdsgruppens definition af "lettere behandling" er dog senere blevet yderligere præciseret og afviger derfor på visse punkter fra den, som er anvendt i denne undersøgelse<sup>11</sup>.

Definitionen er afgrænset til at omfatte indsatser, som tager afsæt i problemstillinger/risikoadfærd ved det enkelte barn/den unge. Behandlingen omfatter derfor ikke alment forebyggende indsatser, som har til formål at fremme trivsel og mental sundhed blandt børn og unge generelt, men tidlige indsatser målrettet psykiske problemstillinger ved det enkelte barn/unge.

Der tages udgangspunkt i barnets behov og en helhedsorienteret tilgang, hvor barnets/den unges omgivende miljø inddrages i behandlingsindsatsen efter behov. Dette kan eksempelvis omfatte indsatser på tværs af familie, klassefællesskab, fritidstilbud og fagprofessionelle, som har til formål at sikre, at barnets omgivende miljø er en del af behandlingsindsatsen, så barnet kan integreres i nærmiljøet og hverdagen. Behandlingstilbuddene skal gives i forlængelse af PPR's indsatser i grundskolen i forhold til at rådgive skoler om at tilrettelægge et læringsmiljø, der fremmer alle elevers læring og trivsel samt deltagelse, når der er behov for intensiveret indsats (Satspuljeinitiativ om en styrket indsats i PPR).

Eksempler på indsatser kan være rådgivning, selvhjælpskurser og -programmer, henvisning til korrekt viden om problemstillingerne, støtte til familier eller psykoterapeutisk behandling af barnet (enten i gruppe eller individuelt), fx kognitiv adfærdsterapi. Indsatsen kan ved inddragelse af det omgivende miljø yderligere bestå af rådgivning/sparring og undervisning af de fagprofessionelle omkring barnet med henblik på eksempelvis at styrke relationskompetencer og bedre at kunne støtte barnet i at overvinde problemstillingerne samt understøtte et positivt og trygt lærings- og hjemmemiljø for barnet.

---

<sup>11</sup> "Lettere behandling forstås som en helhedsorienteret indsats med en indledende tidlig vurdering af barnet efterfulgt af en lettere behandlingsindsats, der matcher behov og ressourcer hos barnet/den unge, herunder graden af problemudviklingen. Uddybende: Arbejdsgruppen vurderer på baggrund af vidensgrundlaget, at lettere behandling bør tage udgangspunkt i en terapeutisk baseret indsats, som på struktureret vis hjælper barnet/den unge med at håndtere psykiske vanskeligheder, fx indsatser baseret på kognitiv adfærdsterapi, narrativ terapi eller mentaliseringsbaseret terapi. Behandlingsindsatsen skal være målrettet det enkelte barn/den unge, hvilket både kan ske ved, at indsatsen er direkte målrettet barnet/den unge eller indirekte målrettet barnet/den unge (fx behandlingsindsatser med fokus på hjælp til selvhjælp målrettet barnets/den unges forældre). De lettere behandlingsindsatser, som målrettes barnet/den unge, kan eksempelvis omfatte kortvarige individuelle samtaleforløb, selvhjælpskurser og programmer, hvor forældrene inddrages i indsatsen, eller psykoterapeutisk behandling af barnet/den unge (enten i gruppe eller individuelt). Indsatsen målrettes ud over barnet/den unge som udgangspunkt også barnets/den unges omgivende miljø (herunder familie, lærere, pædagoger og gruppefællesskaber), så indsatsen til at afhjælpe barnets/den unges vanskeligheder også integreres i barnets/den unges omgivende miljø og hverdag. Det er afgørende for effekten af den lettere behandlingsindsats, at man som udgangspunkt inddrager barnets/den unges omgivende miljø, således at den helhedsorienterede indsats, som også omfatter relevante understøttende indsatser, integreres på tværs af familie, gruppefællesskaber og fagprofessionelle i barnets/den unges miljø."

## 1.5 Læsevejledning

Kortlægningen består – foruden indledningen – af yderligere 7 kapitler:

### Del 1

- I kapitel 2 belyses kommunernes samlede indsats over for børn og unge i psykisk mistrivsel og PPR's rolle heri, hvad angår organisering og samarbejde, snitflader i kommunernes arbejde med målgruppen og indsatser.
- I kapitel 3 beskrives karakteristika ved kommunernes PPR i forhold til PPR's opgaver, personalesammensætning og kompetencer, PPR's ressourceforbrug og PPR-indsatser til målgruppen.
- I kapitel 4 beskrives omfanget af lettere behandlingstilbud i kommunerne i dag og kommunernes forudsætninger for implementering.

### Del 2

- I kapitel 5 præsenteres en kortlægning af forskningslitteraturen om 23 identificerede indsatser.
- I kapitel 6 præsenteres et katalog over god praksis med 8 pejlemærker for god praksis i relation til lettere behandling i PPR af børn og unge i psykisk mistrivsel.



# Del 1: Kortlægning af kommunernes PPR

- Mange PPR-ledere oplever, at **udviklingen i børn og unge med psykisk mistrivsel** de seneste 3 år har været stigende, og at karakteren af psykisk mistrivsel er ændret mod i større grad at omhandle problematikker relateret til angst, skolevægring og autisme, mens ADHD opleves i mindre grad.
- **PPR's organisatoriske forankring** varierer på tværs af kommunerne, men i de fleste kommuner er PPR organiseret som en central og selvstændig enhed, oftest med stærkest tilknytning til almenområdet, dvs. skole- og dagtilbudsområdet.
- PPR-lederne vurderer, at de har et **godt samarbejde med særligt skole- og dagtilbudsområdet**, mens samarbejdet med familieområdet og med børne- og ungdomspsykiatrien kan forbedres.
- PPR-lederne i de af casekommunerne (cirka halvdelen), der har investeret i samarbejdet med aktører på sundhedsområdet blandt andet med fokus på koordination og rollefordeling, oplever, at det har forbedret samarbejdet.
- De fleste kommuners PPR tilbyder indsatser på tværs af forvaltningerne, som befinder sig på forskellige niveauer på indsatstrappen, dog med betydelig variation mellem kommunerne. PPR-lederne vurderer selv, at de har et **overblik over kommunens samlede tilbud** til børn og unge i psykisk mistrivsel, men kun 3/10 af casekommunerne har på nuværende tidspunkt udarbejdet en tværgående tilbudsvifte.
- Et flertal af PPR-lederne vurderer, at de i høj eller nogen grad **bidrager til kommunens indsatser** på området, men det er meget forskelligt, hvilken rolle PPR får i samarbejdet.

Kortlægningen af kommunernes PPR afdækker, at:

- I langt de fleste kommuner er **PPR en selvstændig økonomisk enhed** med egen leder og budget, som primært bruger penge på lønudgifter.
- Det samlede nationale ressourceforbrug estimeres til **3.673 årsværk**, svarende til **1,97 mia.kr.**
- Det gennemsnitlige kommunale PPR-forbrug pr. 0-18-årig i kommunen ligger på **1.582 kr. om året**.
- PPR-lederne vurderer, at ca. 2/3 af PPR-medarbejdernes tid går med **lovgivningsbestemte opgaver** i henhold til folkeskoleloven. Det er særligt individuel udredning og rådgivning og supervision af fagprofessionelle, som fylder i det samlede tidsforbrug.
- Næsten alle **PPR-enheder består af psykologer og logopæder**, mens over halvdelen har administrative medarbejdere, pædagoger og pædagogiske konsulenter ansat.
- PPR-medarbejderne vurderer, at de overordnet har de nødvendige **kompetencer til at varetage de forskellige opgavetyper**, men at der er et vist forbedringspotentiale, når det kommer til lettere behandling og klasserumsinterventioner.
- Et flertal af PPR-lederne mener, at PPR-enhedens egen interne **tilbudsvifte er velbeskrevet**, mens kun halvdelen oplever, at denne matcher målgruppens behov.
- PPR-enhederne har et varieret udbud af indsatser, men der er store forskelle, når det kommer til PPR-ledernes vurdering af, hvilket **trin på indsatstrappen** som fylder mest. I gennemsnit fylder de foregribende indsatser halvdelen, mens lettere indgribende indsatser fylder mindst (17%).
- **PPR-enhedernes tilbudsvifter** er meget forskellige, men der er enkelte indsatser, som går igen på tværs af kommuner. For de forebyggende indsatser er det særligt åbne rådgivningstilbud og supervision af fagprofessionelle, mens foregribende og lettere indgribende indsatser ofte er angstforløb, psykologsamtaler og foranstaltninger i henhold til servicelovens § 11, stk. 3<sup>1</sup>.
- PPR **registrerer og følger op** på de foregribende og lettere indgribende indsatser, de gennemfører, i et vist omfang, mens det for de forebyggende indsatser er ret begrænset. Casestudierne vidner generelt om mangel på systematik i dokumentationen.

Kortlægningen af lettere behandling i PPR afdækker, at:

- Lettere behandling udgør en **begrænset del af PPR-enhedernes samlede tidsforbrug**. I gennemsnit på tværs af kommunerne vurderer PPR-lederne, at de bruger ca. 5% af deres tid på denne opgave. Der er dog en vis variation kommunerne imellem. Det estimeres på denne baggrund, at ca. 225 årsværk arbejder med lettere behandling i PPR, svarende til ca. 130 mio.kr. i årlige lønomkostninger.
- Det er **særligt udfordringer med angst og depression (98%)** og uro og adfærdsvanskeligheder (60%), der har givet anledning til at etablere lettere behandlingstilbud i PPR.
- Udbredelsen af lettere behandling – ud over en oplevet stigning i antallet af børn og unge med især angst – er særligt sket som følge af **lokalpolitiske strategier om øget forebyggelse** af psykisk mistrivsel samt for at kunne holde børnene i almenmiljøet og tilbyde en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

## 2 Kommunernes samlede indsats og PPR's rolle

Kortlægningen viser, at PPR har en central rolle i kommunernes forebyggende, foregribende og indgribende indsatser målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel.

Dette kapitel indledes med kommunernes vurdering af udviklingen i omfang og karakter af psykisk mistrivsel blandt børn og unge. Dernæst gives et overblik over PPR's organisering og placering i den samlede kommunale indsats for målgruppen samt PPR's rolle i samarbejdet med øvrige kommunale aktører og sundhedssektoren. Slutteligt præsenteres et overordnet overblik over kommunernes samlede indsatser til målgruppen på tværs af indsatsstrappen.

### 2.1 Udvikling i psykisk mistrivsel blandt 0-18-årige

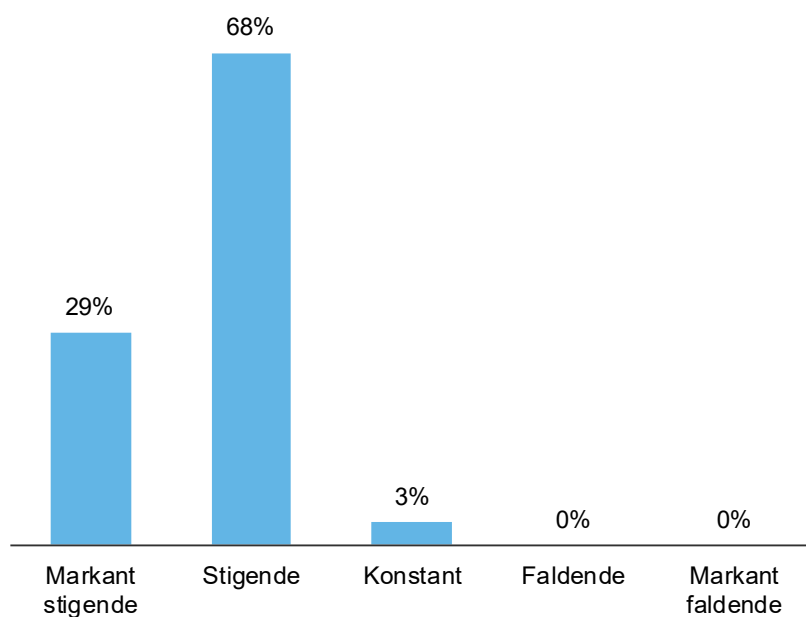
En stigende andel af børn og unge føler sig stressede og oplever psykisk mistrivsel. En rapport fra Nationalt Center for Skoleforskning på Aarhus Universitet konkluderede eksempelvis i 2017, at næsten hvert fjerde barn i folkeskolen mistrives i en sådan grad, at de har behov for særlig støtte som følge af især adfærdsproblemer, indlæringsvanskeligheder, ADHD og syns- og høreproblemer.

Udviklingen i psykisk mistrivsel blandt børn og unge er afdækket via spørgeskemaet (PPR-ledere) og interviews med PPR-ledere, PPR-medarbejdere og fagchefer fra andre fagområder end PPR.

Der er tale om subjektive vurderinger, fordi der ikke eksisterer nationale data, som beskriver udviklingen for målgruppen. Dertil kommer, at langt de fleste kommuner ikke registrerer alle deres kontaktpunkter med børn og unge i psykisk mistrivsel. En problemstilling, som uddybes i kapitel 4.

I spørgeskemaundersøgelsen (udsendt i efteråret 2019) er kommunale PPR-ledere blevet bedt om at vurdere, hvordan de har oplevet udviklingen i antallet af børn og unge i psykisk mistrivsel over de seneste 3 år. Som det fremgår af figuren nedenfor, vurderer 97% af PPR-lederne, at udviklingen i antallet af børn og unge i psykisk mistrivsel er stigende eller markant stigende, mens ingen PPR-ledere oplever antallet som faldende, og blot 3% oplever antallet som konstant. Der er altså på tværs af landets kommuner en udpræget ensartet opfattelse af udviklingen i psykisk mistrivsel blandt børn og unge.

Figur 2.1. PPR-ledernes vurdering af udviklingen i antallet af børn og unge i



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

Dette billede bekræftes ved besøg i de 10 casekommuner, hvor der på tværs af ledelses- og medarbejderniveau i PPR samt blandt fagchefer fra andre fagområder, der arbejder med målgruppen, ligeledes konsekvent opleves en stigning i antallet af børn og unge i psykisk mistrivsel.

### 2.1.1 Karakteren af psykisk mistrivsel

Tabellen nedenfor illustrerer, hvad der er blevet fremhævet i interviews med PPR-ledere, PPR-medarbejdere og fagchefer fra øvrige områder i casekommunerne, når de bliver spurgt til karakteren af den psykiske mistrivsel blandt kommunens børn og unge.

Tablet 2.1. Karakteren af psykisk mistrivsel blandt børn og unge, som PPR og de øvrige fagområder er i kontakt med

Karakter af psykisk mistrivsel	Antal kommuner
Angst	10/10
Skolevægring	8/10
Autismespektrumforstyrrelser	7/10
Udadreagerende adfærd	5/10
Skilsmisserelateret	5/10
Uden for fællesskaber/trækker sig ind i sig selv	4/10
Tristhed og/eller sorgrelateret	2/10

**Kilde:** Interviews med PPR-ledere og -medarbejdere samt fagchefer i de 10 casekommuner

Interviewpersonerne i casekommunerne beskriver desuden en udvikling i karakteren af den psykiske mistrivsel blandt børn og unge.

Her fremhæves særligt en stigning i børn og unge, der har problemer med angst, skolevægring og autismespektrumforstyrrelser. Derudover fylder temaer som udadreagerende adfærd, børn der er uden for fællesskabet og trækker sig ind i sig selv, samt skilsmisserelaterede problemer og sorg og tristhed. Flere steder henvises der til, at der tidligere var store udfordringer med ADHD, hvor det nu er angst, der fylder mest i målgruppen.

På baggrund af interviewene, jf. tabel 1, tegner der sig generelt et billede af, at kommunerne oplever mere komplekse problemstillinger hos målgruppen, hvor børn og unge i psykisk mistrivsel oftere har mere end én udfordring.

Respondenterne giver samtidig udtryk for, at risikogruppen for psykisk mistrivsel er udvidet fra primært at omfatte børn og unge fra udsatte familier til i højere grad at inkludere ressourcestærke familier. Det kan fx være børn og unge, som er fanget i konfliktfyldte skilsmisser, hvilket fremhæves i halvdelen af de udvalgte casekommuner. Den voksende gruppe af angstramte børn og unge består også af en forholdsvis stor gruppe af børn, som ifølge PPR-medarbejderne klarer sig godt fagligt og umiddelbart er socialt velfungerende, men som alligevel viser tegn på psykisk mistrivsel i form af angstsymptomer.

PPR-enhederne har ikke en entydig forklaring på den oplevede stigning i antallet af børn og unge, der mistrives, men fremhæver en række parallelle tendenser, som i forskellig udstrækning vurderes af PPR-medarbejderne at bidrage til udviklingen. En årsag, der fremhæves i flere kommuner (5 ud af 10 kommuner) er en generelt øget opmærksomhed omkring psykiske problemstillinger blandt både fagprofessionelle og forældre, som kan udgøre en positiv drivkraft i det tidlige opsporingsarbejde. Det er ikke muligt at afgøre forklaringsmodellernes individuelle bidrag til udviklingen og derfor også svært at sige, hvorvidt den oplevede stigning skyldes en øget opmærksomhed eller en stigning i målgruppen af børn og unge i psykisk mistrivsel.

## **2.2 PPR's organisering og rolle i samarbejdet om børn og unge i psykisk mistrivsel**

I kommunerne samarbejder en række kommunale aktører og fagområder om målgruppen for børn og unge i psykisk mistrivsel. Som Figur 1.1 i afsnit 1.4,1 illustrerer, placerer PPR sig centralt i dette landskab og har snitflader til samtlige områder, herunder både decentralt på medarbejderniveau og centralt på lederniveau.

Det fremgår af interviewene med både PPR-ledere og fagchefer for PPR's primære samarbejdspartnere, at PPR spiller en særlig rolle i at understøtte tilknytning til almenområdet og nærmiljøet i dagtilbud og skoler for børn og unge i psykisk mistrivsel. Det fremhæves desuden, at PPR spiller en central rolle i kommunens arbejde med målgruppen ved at bygge bro/agere bindeled mellem dagtilbud og skole og de øvrige kommunale tilbud.

Med henblik på at placere PPR i det kommunale landskab for børn og unge i psykisk mistrivsel ses der i det følgende på PPR's organisatoriske forankring i den samlede kommunale organisation og efterfølgende på de væsentligste samarbejdsrelationer internt i kommunen og ud imod de regionale sundhedstilbud.

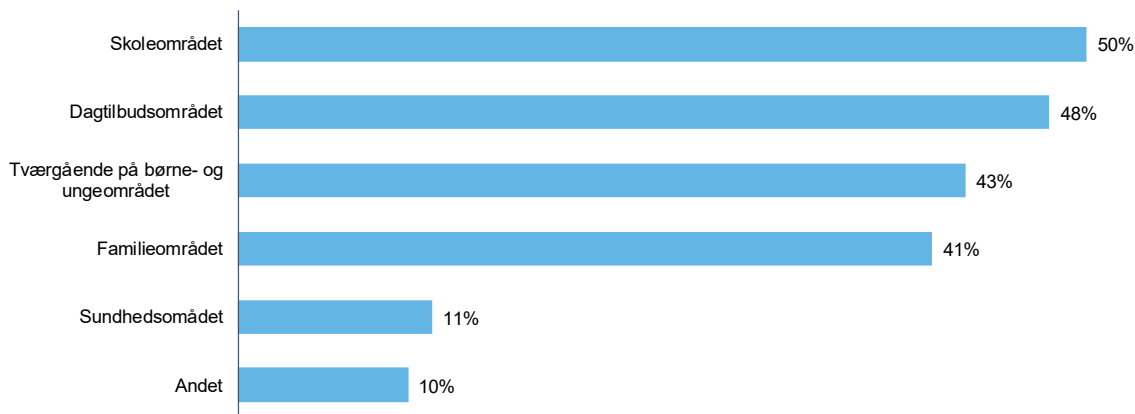
I spørgeskemaundersøgelsen er PPR-lederne blevet spurgt om, hvor kommunens PPR-indsats primært er forankret organisatorisk. Da det på tværs



af kommunerne er forskellige kombinationer af forvaltningsområder, har PPR-lederne her haft mulighed for at vælge flere områder, fx både familieområdet og dagtilbudsområdet.

Figur 2.2 viser, at der er betydelig variation mellem kommunerne, når det kommer til, hvor PPR er organisatorisk forankret. Halvdelen af kommunernes PPR-ledere har svaret, at PPR primært er forankret i skoleområdet, 48% har svaret dagtilbudsområdet, 43% har svaret, at PPR primært er forankret som en tværgående funktion på tværs af børne- og ungeområdet, mens 41% har svaret familieområdet og 11% har peget på sundhedsområdet. Den oftest anvendte kombination er skole- og dagtilbudsområdet, som i mange tilfælde også inkluderer det tværgående børne- og ungeområde.

Figur 2.2. PPR-ledernes vurdering af hvor kommunens PPR-indsats primært er forankret organisatorisk

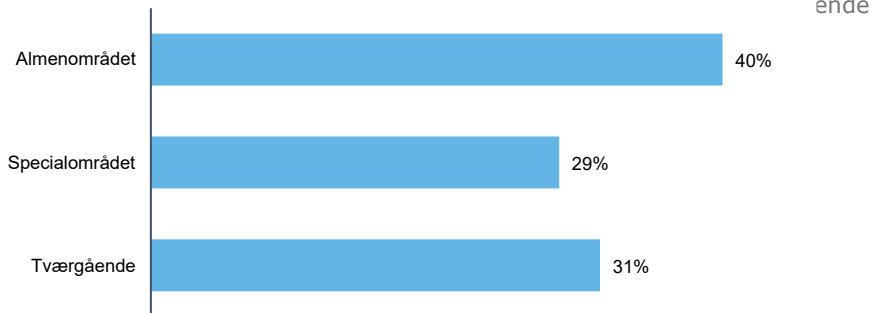


**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 70. PPR-lederne har til spørgsmålet kunne vælge et ubegrænset antal svarkategorier. Besvarelserne i "Andet" dækker primært over forskellige organiseringskombinationer med ovenstående områder. I enkelte tilfælde er "Andet" anvendt til at angive yderligere områder, som PPR er organiseret sammen med såsom kulturområdet eller tandplejen.

For at skabe et overblik over de væsentligste arketyper for organisatorisk forankring af PPR er kommunernes besvarelser fra Figur 2.2 ovenfor grupperet i henholdsvis almenområdet (PPR er primært forankret på skole- og/eller dagtilbudsområdet), specialområdet (PPR er primært organisatorisk forankret på familieområdet) og tværgående (PPR er placeret med et ben i hver lejr på tværs af de 2 hovedområder i en tværgående konstellation, ofte som en stabsfunktion).

Det fremgår af Figur 2.3 nedenfor, at 40% af landets kommuner på baggrund af denne inddeling har PPR forankret på almenområdet, mens 29% af kommunerne har forankret PPR på specialområdet. Endelig har 31% af kommunerne en tværgående organisering af PPR.

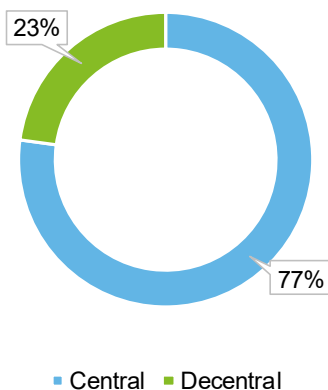
Figur 2.3. PPR-ledernes vurdering af PPR-indsatsens primære organisatoriske ende



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 70. "Andet"-kategorien fra forrige figur er her kategoriseret med udgangspunkt i de øvrige områder, som PPR har angivet samorganisering med samt ud fra fritekstbesvarelser.

PPR er altså organisatorisk oftest knyttet til almenområdet i landets kommuner. Ses der i forlængelse heraf på, hvorvidt PPR-enheden fortrinsvist er placeret fysisk i én samlet enhed centralt eller decentralt i fx skoledistrikter, viser nedenstående figur 6, at 77% af PPR-enhederne fortrinsvist er placeret centralt i den kommunale forvaltning, mens 23% fortrinsvist er fysisk placeret decentralt fx på tværs af skoledistrikter. I praksis vil sidstnævnte betyde, at en PPR-medarbejder har sin arbejdsplads på eksempelvis en skole.

Figur 2.4. PPR-ledernes angivelse af, hvorvidt PPR fortrinsvist er placeret fysisk i én central enhed eller decentralt fx på tværs af skoledistrikter



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 70

Det fremgår af interviewene med alle 10 casekommuner, at PPR's arbejde i praksis er en kombination, da tværfaglige teams kan være opdelt på distrikter decentralt, mens monofaglige grupper af fx psykologer placeres centralt og drøfter sager samt sikrer udvikling inden for afgrænsede fagfelter.

På tværs af de 10 casekommuner er det desuden afdækket, hvorvidt PPR spiller en rolle i forhold til de såkaldte familiehuse. I 7 ud af 10 casekommuner findes der såkaldte familiehuse (eller børne- og familiehuse). De er alle forskellige i deres karakter, men fælles for dem er, at PPR-enheden og det regionale sundhedssystem *ikke* er en del af familiehuset. I stedet for

dækker de over alt fra fødselsforberedelse, mødregrupper og forældrecafé, over uddannelses- og erhvervsvejledning til dagbehandlingstilbud og et bosted for at undgå anbringelse uden for hjemmet.

I det følgende afdækkes samarbejdet med de kommunale aktører, der arbejder med børn og unge i psykisk mistrivsel og eksterne aktører på sundhedsområdet.

### PPR's samarbejdsrelationer

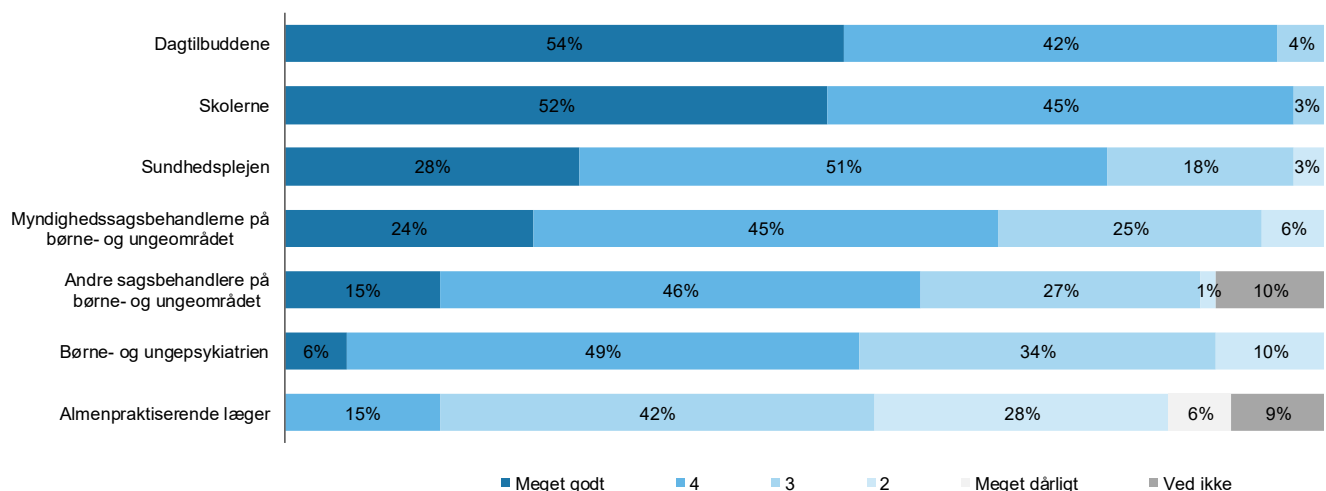
Da der er forskelle i PPR's organisatoriske forankring, er der på tværs af kommunerne også forskel på, hvor velfungerende samarbejdet med de kommunale forvaltninger og sundhedssektoren vurderes at være.

Figur 2.5 nedenfor viser, at PPR-enhederne ifølge PPR-lederne generelt samarbejder bedre med aktørerne på almenområdet (skoler og dagtilbud) end med især børne- og ungdomspsykiatrien og alment praktiserende læger.

Generelt vurderer PPR-lederne, at samarbejdet med de øvrige relevante kommunale aktører er velfungerende, og kun meget få svarer, at der er tale om et dårligt eller meget dårligt samarbejde. Henholdsvis 96% og 97% af PPR-lederne har svaret, at samarbejdet er meget godt eller godt med dagtilbud og skoler, mens 79% vurderer det samme for sundhedsplejen og 69% vurderer det for familieområdet.

Samarbejdet vurderes knap så godt, når det kommer til sundhedssektoren og især de alment praktiserende læger. Ingen PPR-ledere svarer, at samarbejdet med de praktiserende læger kan karakteriseres som meget godt, mens 34% vurderer, at samarbejdet er dårligt eller meget dårligt. I forhold til samarbejdet med børne- og ungdomspsykiatrien vurderer 55% af PPR-lederne, at samarbejdet er godt eller meget godt, mens 10% vurderer, at samarbejdet er dårligt.

Figur 2.5. PPR-ledernes overordnede vurdering på en skala fra 1-5 af samarbejdet med de forskellige aktører inden for og uden for kommunen, hvor 1 er "Meget dårligt" og 5 er "Meget godt"



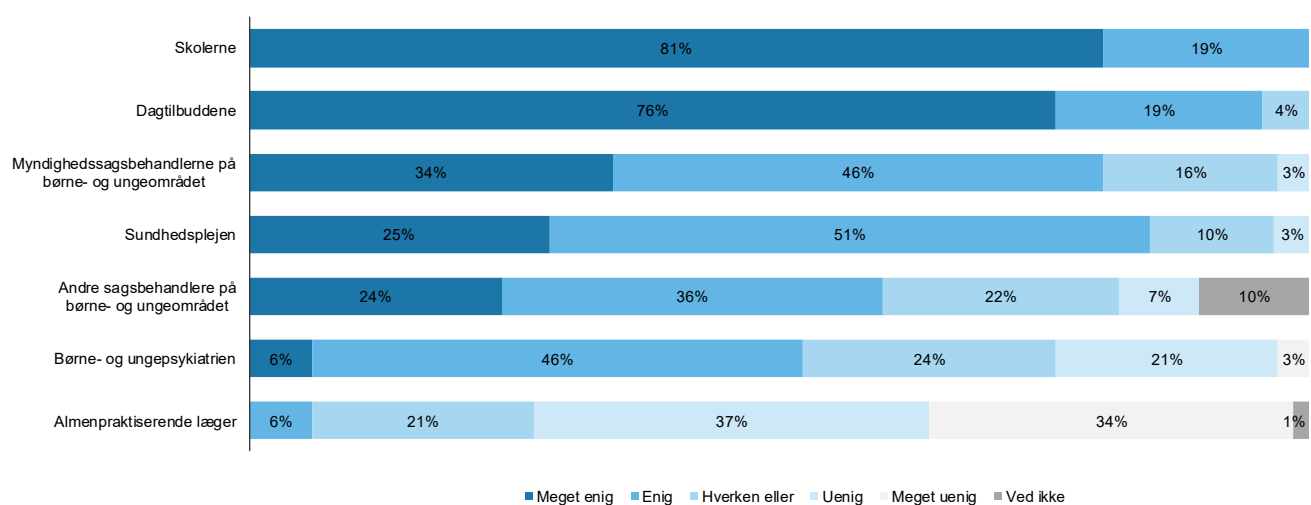
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

Interviews med PPR-ledere og -medarbejdere samt øvrige kommunale chefer i casekommunerne understøtter billedet af, at samarbejdet med skoler og dagtilbud fungerer godt.

For dagtilbudsområdet fremhæves det, at mange PPR-enheder har fået et styrket samarbejde med dette område i de senere år som følge af en øget indsats med tidlig opsporing og større tilstedeværelse i daginstitutionerne. Interviewene understøtter ligeledes, at der mange steder er et potentiale for et bedre samarbejde med familieafdelingen.

Samarbejdsrelationen mellem PPR og de øvrige kommunale og regionale aktører er yderligere afdækket i spørgeskemaundersøgelsen, jf. figuren nedenfor.

Figur 2.6. PPR-ledernes vurdering af, hvorvidt PPR har et tæt samarbejde karakteriseret ved hyppig kontakt med følgende samarbejdspartnere



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

Figuren supplerer billedet af, at der – som en del af PPR's decentrale tilstedeværelse – er en meget hyppig kontakt mellem PPR og skoler/dagtilbud. Størstedelen af PPR-lederne erklærer sig meget enige eller enige i, at PPR har et tæt samarbejde karakteriseret ved en hyppig kontakt med skoler/dagtilbud, hvor 81% erklærer sig meget enige, hvad angår skoleområdet og 76% i forhold til dagtilbudsområdet. Figuren viser samtidig, at 34% af PPR-lederne erklærer sig meget enige og 46% er enige i, at PPR har et tæt samarbejde karakteriseret ved en hyppig kontakt med myndighedssagsbehandlere på børne- og ungeområdet/familieområdet.

Ses der på samarbejdet med de regionale aktører på sundhedsområdet med fokus på graden af hyppig kontakt, er billedet noget anderledes. 52% af PPR-lederne erklærer sig enige eller meget enige i, at de har et tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien karakteriseret ved hyppig kontakt. 24% er uenige eller meget uenige heri. Hvad angår de praktiserende læger, er det kun 6% af PPR-lederne, der er enige i, at samarbejdet er tæt og karakteriseret af hyppig kontakt, mens 71% er uenige eller meget uenige.

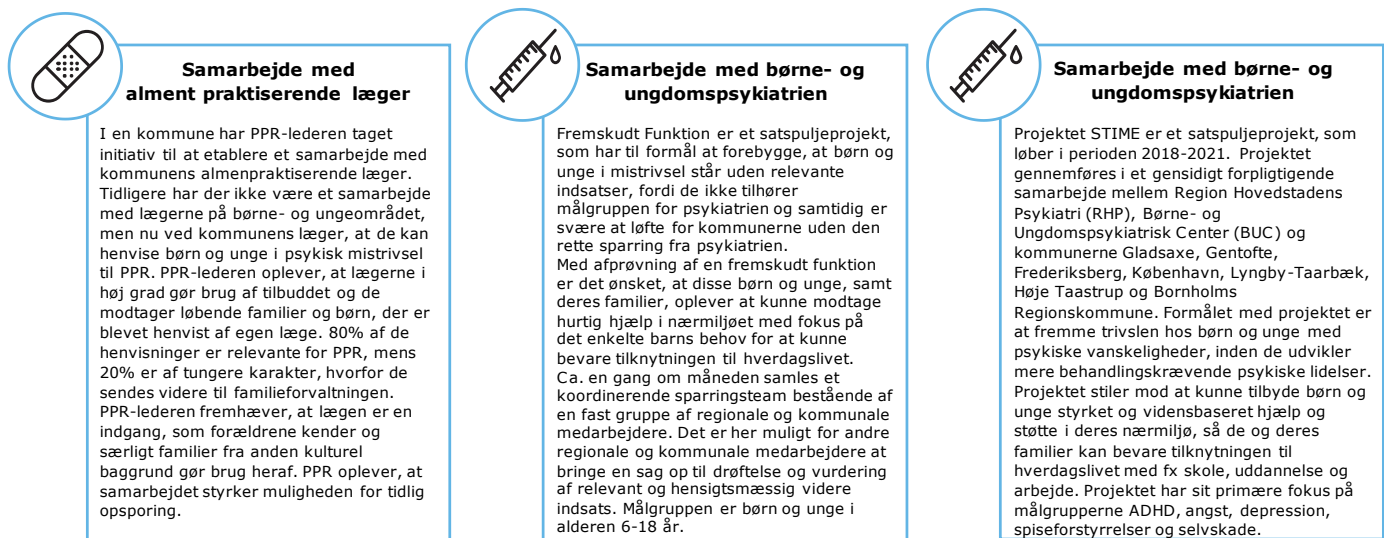
Det fremgår af interviewene med PPR-ledere og medarbejdere i casekommunerne, at årsagen til, at samarbejdet med den regionale sundhedssektor ikke er lige så tæt og velfungerende som med de øvrige kommunale aktører blandt andet skyldes, at der i de 2 sektorer er 2 meget forskellige syn på børn og unge og deres udfordringer (hvor sundhedssektoren har et mere individualiseret og behandlingsorienteret blik). Af interviewene fremgår det desuden, at kommuner (cirka halvdelen), der har

investeret i samarbejdet med aktører på sundhedsområdet, blandt andet med fokus på koordination og rollefordeling, har forbedret samarbejdet.

Casebesøgene i kommunerne understøtter et billede af, at der er et potentiale for et bedre samarbejde med både børne- og ungdomspsykiatrien samt de praktiserende læger.

Tekstboksene neden for viser 3 eksempler på initiativer fra casekommunerne, som sigter på at styrke samarbejde mellem kommunen og praktiserende læger og børne- og ungdomspsykiatrien.

#### Boks 2.1. Eksempler på initiativer i samarbejdet med sundhedssektoren

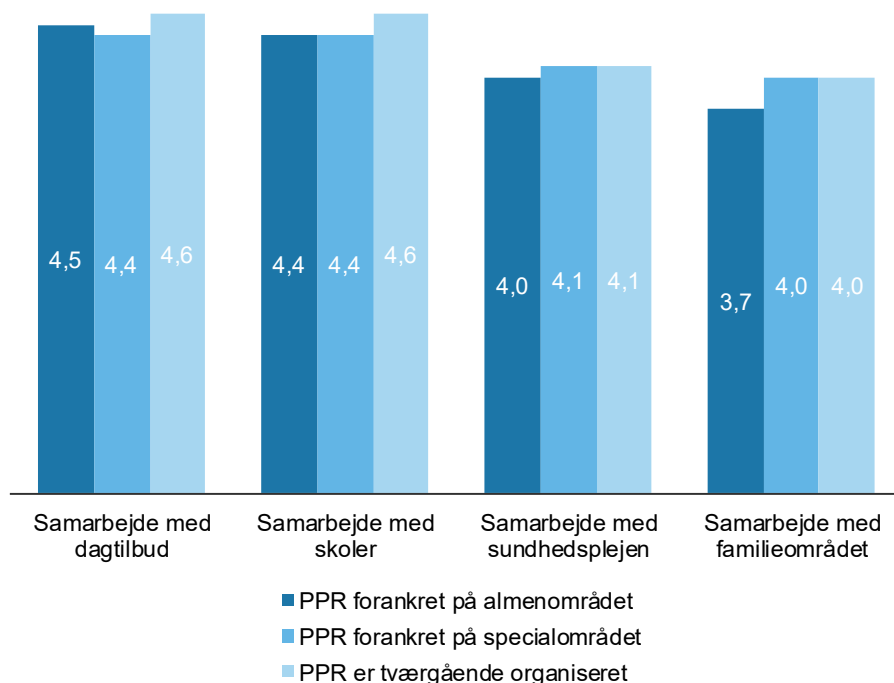


#### 2.2.1 PPR's organisatoriske forankring og samarbejdet med øvrige kommunale aktører

Figur 2.7 nedenfor sammenholder PPR's gennemsnitlige "samarbejdsniveau" med de 4 vigtigste kommunale samarbejdspartnere fordelt på de 3 typer af organisatorisk forankring af PPT, jf. kategorisering i Figur 2.3.



Figur 2.7. PPR-ledernes vurdering af samarbejdet med de 4 primære samarbejdspartnere på en skala fra 1-5, hvor 1 er "Meget dårligt" og 5 er "Meget godt" fordelt på de 3 grupper af kommuner med varierende organisering



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til PPR-ledere. **Note:** n = 67. PPR-lederen har vurderet samarbejdet med de forskellige samarbejdspartnere på en skala fra 1-5, hvor 1 er "meget dårligt" og 5 er "Meget godt".

Figuren viser kun mindre forskelle mellem de 3 grupper af kommuner, hvad angår samarbejdsrelationer. Generelt vurderer PPR-ledere i kommuner med en tværgående organisering dog deres samarbejdsrelationer marginalt bedre, mens PPR forankret på almenområdet lader til at have et lidt dårligere samarbejde med familieområdet end PPR med de 2 øvrige organiseringsformer, som også på hver deres måde er tættere integreret med familieområdet organisatorisk set.

### 2.3 Snitflader i kommunernes arbejde med målgruppen børn og unge i psykisk mistrivsel og PPR's rolle heri

PPR har som tidligere nævnt en central placering i kommunens arbejde med målgruppen som et bindeled mellem almenområdet og de mere specialiserede tilbud i kommunen og det regionale sundhedsområde.

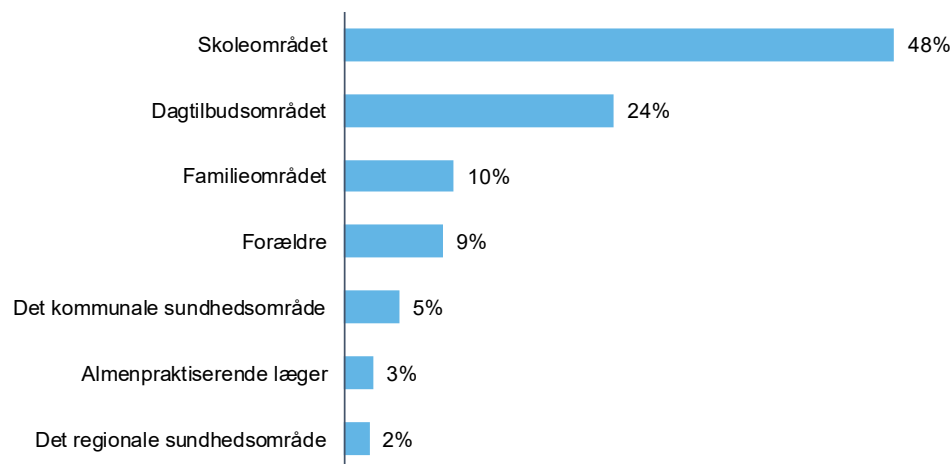
Børn og unge i psykisk mistrivsel kommer typisk i kontakt med PPR gennem kommunens almenområde i form af skole- eller dagtilbud. I de tilfælde, hvor en PPR-indsats ikke er tilstrækkelig, viderehenviser PPR til specialiserede tilbud i kommunen, fx familieafdelingen eller til børne- og ungdomspsykiatrien.

#### Målgruppens indgang til PPR

PPR-enhederne modtager primært information om børn og unge i psykisk mistrivsel fra skoler og dagtilbud. Som det fremgår af figuren nedenfor, skønner PPR-lederne i gennemsnit, at det gør sig gældende for 72% af tilfældene, mens 10% af tilfældene kommer fra familie- og socialområdet og 5% kommer fra det regionale sundhedsområde. For 9% af tilfældene oplyses

PPR om børn og unge i psykisk mistrivsel af det pågældende barns eller unges forældre.

Figur 2.8. Den gennemsnitlige fordeling af de indgange eller områder, hvorfra PPR-enhederne modtager oplysning om børn og unge i psykisk mistrivsel med behov for en PPR-indsats



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 66

Af casebesøgene fremgår det, at skoler og dagtilbud ofte kontakter PPR, hvis børnene har trivselsudfordringer, som viser sig som udadreagerende adfærd samt læringsmæssige vanskeligheder eller fravær. Forældrene henvender sig i højere grad med udfordringer som tristhed.

Boks 2.2 nedenfor indeholder en casebeskrivelse af, hvordan nogle kommuner arbejder med at styre indgangen af indstillinger fra især skole- og dagtilbudsledere.



### Fremskudte tværfaglige møder

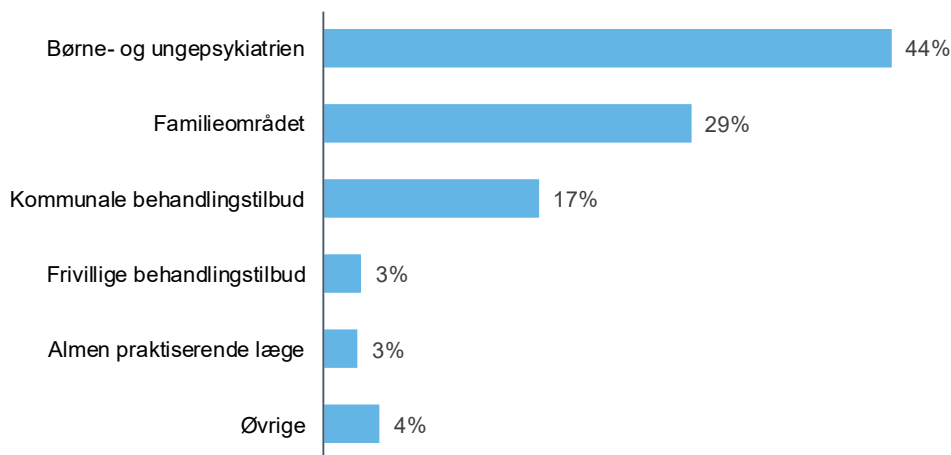
Mange kommuner beskriver, at de har succes med indførelsen af fremskudte tværfaglige møder. Disse møder har ofte en fast kadence og på mødet kan skole- eller dagtilbudsleder tage specifikke børnesager op og tidligt i forløbet få tværfaglig sparring. Deltagerne er udover institutionslederen ofte psykologer, pædagogiske konsulenter og logopæder fra PPR samt medarbejdere fra familieområdet eller sundhedsplejen efter behov. I nogle kommuner er forældrene til barnet/den unge også med på mødet (et såkaldt dialogmøde), mens det i andre kommuner først sker på et efterfølgende tværfagligt møde i samme kreds. Fælles for disse fremskudte tværfaglige møder, er at de betragtes som værdiskabende, både fordi det sikrer en tidlig tværfaglig sparring og en tidlig igangsættelse af relevante indsatser, men også fordi det har vist sig at være et godt styringsværktøj, der sikrer, at der kun laves en officiel indstilling til PPR, når det er relevant. I de fleste kommuner, er der således indgået klare aftaler om, at skole- og dagtilbudsledere kun kan indstille til PPR, hvis sagen har været drøftet på et fremskudt tværfagligt møde.

### Viderehenvielse af børn og unge i psykisk mistrivsel fra PPR

Det kan være nødvendigt for PPR at viderehenvise børn og unge i psykisk mistrivsel til andre kommunale instanser (ofte familieafdelingen) eller til den regionale sundhedssektor (børne- og ungdomspsykiatrien), hvis indsatsen i PPR ikke er tilstrækkelig for det pågældende barn, jf. afsnit 1.4.1.

I spørgeskemaundersøgelsen er PPR-lederne blevet bedt om at vurdere, hvor stor en andel af deres viderehenvisninger der går til forskellige andre kommunale og regionale aktører, jf. Figur 2.9 nedenfor.

Figur 2.9. Den gennemsnitlige fordeling af PPR's viderehenvisninger



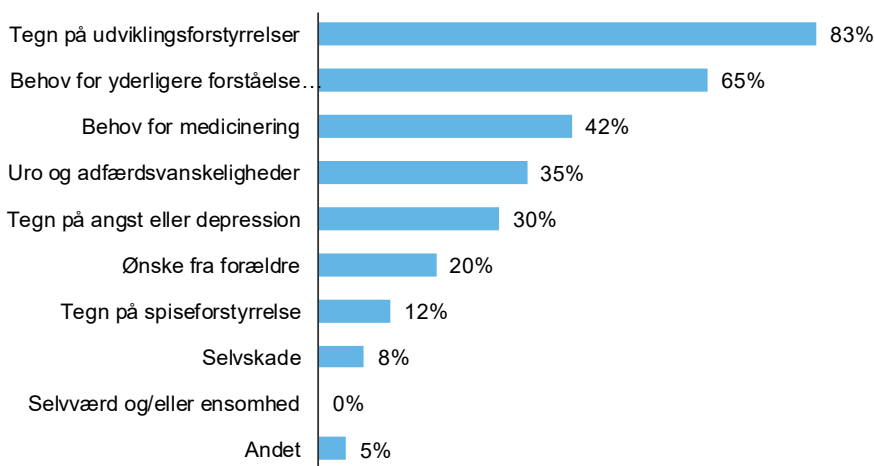
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

Det ses, at der hyppigst henvises til børne- og ungdomspsykiatrien med 44% af tilfældene, mens 46% af børnene viderehenvises internt i kommunen til

enten familieområdet eller til behandlingstilbud hos andre kommunale aktører (fx SSP eller misbrugsbehandling).

Når PPR viderehenviser til børne- og ungdomspsykiatrien er det typisk, jf. figuren nedenfor, ved tegn på udviklingsforstyrrelser, som 83% af PPR-lederne nævner som et af de 3 hyppigste kriterier. 65% af PPR-lederne fremhæver et behov for en yderligere forståelse af barnets vanskeligheder som en af de 3 mest hyppige årsager til at viderehenvise. Det understøttes af interviewene, hvor det særligt i 2 kommuner fremhæves, at PPR typisk først viderehenviser til børne- og ungdomspsykiatrien, når PPR har arbejdet med barnet og oplever, at mulighederne internt er udtømte. Et forventet behov for medicinering er det tredje mest hyppige valgte kriterie.

Figur 2.10. PPR-ledernes primære kriterier for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien (PPR-leder har prioriteret de 3 mest hyppige kriterier)



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

Figuren viser ligeledes, at 20% af PPR-lederne fremhæver ønske fra forældrene som et hyppigt kriterie for at viderehenvise til psykiatrien. Det er interessant i forlængelse af, at casekommunerne beskriver et øget pres fra forældre og til dels fagprofessionelle om at få børn og unge i psykisk mistrivsel diagnosticeret. Interviewpersonerne fremhæver i denne forbindelse, at ønsket om diagnosticering kan være en barriere for PPR's kontekstuelle/praksisnære arbejde med barnet i det læringsfællesskab, som barnet indgår i (da det diagnostiske og medicinske behandlende perspektiv på børn og unges psykiske udfordringer og tilgangen til dem adskiller sig væsentligt herfra).

I det følgende behandles de kommunale indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel samlet set og PPR's rolle heri. Hvad angår de PPR-specifikke indsatser, henvises til kapitel 4.

## 2.4 Kommunale indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel og PPR's rolle heri

PPR er ikke det eneste tilbud rettet mod målgruppen for børn og unge i psykisk mistrivsel. Der er således på tværs af de kommunale forvaltninger et bredt udbud af indsatser til samme målgruppe, som PPR-indsatserne typisk er rettet imod. I det følgende afdækkes kendskabet hos PPR til kommunens samlede tilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel, samt hvilke typer af

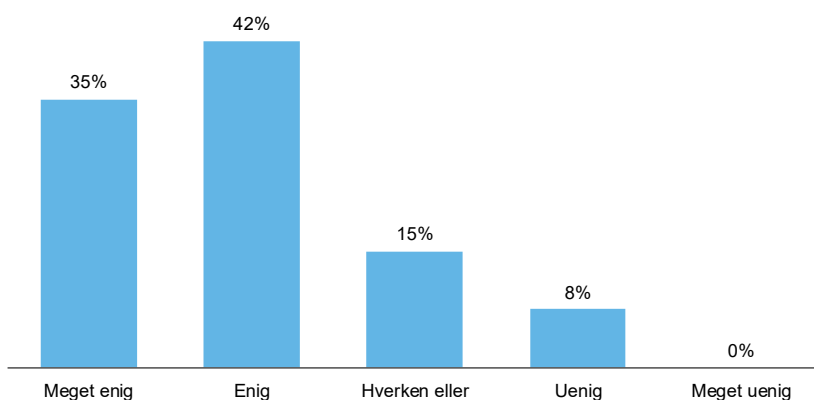
kommunale indsatser som fagchefer og PPR-lederne peger på som de mest centrale snitflader til PPR-arbejdet.

### Kommunalt overblik over indsatser for børn i målgruppen

PPR-lederne giver udtryk for, at det tværfaglige samarbejde er vigtigt for at lykkes med at forebygge og gribe ind ved psykisk mistrivsel. Ifølge flere kommuner er en forudsætning for det gode samarbejde om målgruppen et tæt og indgående kendskab til de forskellige indsatser til målgruppen på tværs af fagområder.

Kortlægningens datakilder giver samlet et billede af, at de kommunale indsatser ofte er mange og varierende og udspringer af forskellige fagområder afhængigt af den specifikke problemstilling, som ligger bag den psykiske mistrivsel. Det til trods erklærer 77% af PPR-lederne sig enten enige eller meget enige i, at de har et fuldt overblik over kommunens indsatser målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel, mens kun 8% angiver, at de mangler et samlet overblik, jf. Figur 2.11 nedenfor.

Figur 2.11. PPR-ledernes vurdering af, hvorvidt de har fuldt overblik over alle kommunens indsatser målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel

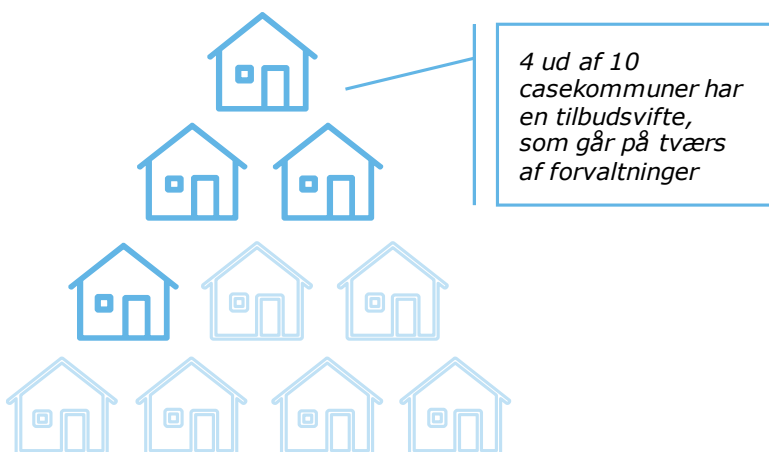


**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

Oplevelsen af at have overblik over indsatserne på tværs af kommunen deles ikke af PPR-medarbejderne, som i alle 10 casekommuner giver udtryk for, at de savner indblik i, hvad de øvrige forvaltninger kan tilbyde børn og unge i psykisk mistrivsel, og hvilken rolle PPR kan spille i de kommunale indsatser. Dette indikerer enten, at lederne overvurderer kendskabet til de øvrige indsatser, eller at koordination og videndeling på lederniveau ikke altid når medarbejderne, som varetager den daglige kontakt med målgruppen.

I interviewene med fagcheferne på tværs af de tilstødende forvaltningsområder<sup>12</sup> er der desuden enighed om, at der trods et øget fokus på helhedsorienterede indsatser med borgeren i centrum, fortsat er en tendens til silotænkning, hvor initiativer iværksættes uden kendskab til de tilbud, som familierne indgår i på andre forvaltningsområder. Det fremgår af interviewene, at 4 ud af 10 casekommuner arbejder systematisk med at skabe et samlet overblik over kommunens indsatser på tværs af forvaltningsområder ved at udarbejde kataloger eller samlede tilbudsvifter baseret på indsatstrappen.

<sup>12</sup> Skole- og dagtilbudsområdet, familieområdet, sundhedsområdet, SSP



At kun 4 ud af 10 kommuner på nuværende tidspunkt har en samlet tilbudsvifte på tværs af forvaltninger står i kontrast til, at 77% af PPR-lederne vurderer (jf. Figur 2.11), at de har fuldt overblik over alle kommunens indsatser målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel.

I de kommuner, hvor der er udarbejdet skriftligt materiale, fremhæver ledere og chefer på tværs af fagområder, at det giver ledelsen et godt overblik over tilbudsviften. Det fremgår dog af interviewene, at udarbejdelsen af et samlet overblik ikke nødvendigvis medfører, at alle ledere på området har kendskab hertil (selvom de mener at kende til de mest relevante tilbud), ligesom det er en formodning blandt lederne, at mange af deres medarbejdere ikke vil have overblikket over alle indsatser. Casestudierne har vist, at et manglende indsatsoverblik kan resultere i, at der tilbydes relativt ens tilbud til den samme målgruppe i fx PPR og familieafdelingen.

En kommune fremhæver eksempelvis 2 relativt ens tilbud til forældre til børn med autismespektrumforstyrrelser, der blev udbudt af hver sin afdeling. Efter at have opdaget dette tilpassede kommunen tilbudsviften, så de 2 tilbud supplerede hinanden, og borgeren i målgruppen fik derved et mere sammenhængende tilbud fra kommunen.

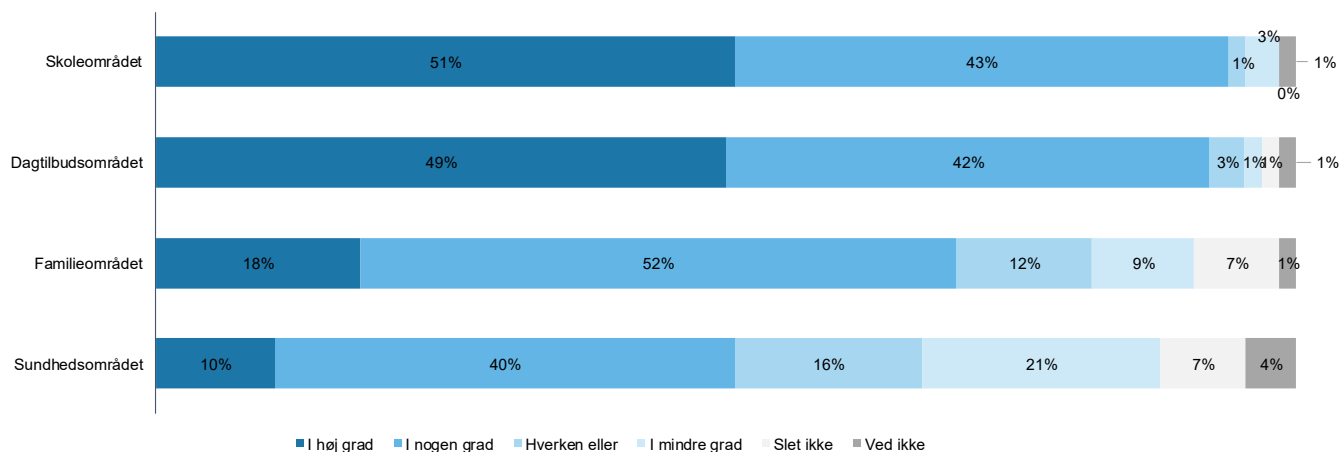
#### **2.4.1 Kommunale indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel**

På tværs af de 10 casekommuner spiller PPR en central rolle, når det kommer til en lang række indsatser på tværs af de kommunale forvaltninger målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel. Ifølge fagcheferne udgør PPR en vigtig sparringspartner, fordi PPR-medarbejderne møder børnene på almenområdet i en hverdagskontekst og derfor kan spille en vigtig rolle i det tidlige opsporingsarbejde samtidig med, at PPR-medarbejderne er trænet i at koordinere, arbejde tværfagligt og mange steder har en tovholderfunktion i komplekse sager.

Mest fremtrædende er PPR's rolle, når det kommer til almene indsatser på skole- og dagtilbudsområdet. Således vurderer henholdsvis 94% og 91% af PPR-lederne i høj eller nogen grad, at PPR bidrager til kommunens øvrige indsatser inden for disse 2 områder. En anelse anderledes ser det ud blandt indsatser forankret på familie- og sundhedsområdet, hvor markant færre PPR-ledere oplever, at PPR i høj grad yder et konkret bidrag. Dette fund bekræftes i interviewene med fagcheferne på tværs af

forvaltningsområderne<sup>13</sup>, hvor der dog også identificeres en række eksempler på denne type samarbejder om indsatser<sup>14</sup>.

Figur 2.12. I hvilken grad bidrager PPR i kommunens øvrige indsatser målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel?



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

I Boks 2.3 nedenfor er beskrevet et eksempel på en indsats på familieområdet, som PPR bidrager til at gennemføre.

Boks 2.3. Eksempler på initiativ i samarbejdet med familieområdet

### PPR-indsats i hjemmet

I en kommune tilbyder PPR pædagogisk familievejledning til familier, som Familierådgivningen henviser til i henhold til Serviceloven.

Familievejledningen udføres af pædagogisk uddannede PPR-medarbejdere med pædagogisk specialviden og erfaring, og der anvendes forskellige specialpædagogiske redskaber i vejledningen.

Den pædagogiske familievejledning er en indsats, der som udgangspunkt foregår i familiens hjem og i familiens hverdag. Familievejledningen har fokus på at udvikle forældrenes kompetencer i praksis.

Det kommunale udbud af indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel er bredt og dækker både det forebyggende, foregribende og indgribende niveau på indsatsrampen. Tabellen nedenfor giver en oversigt over eksempler på indsatser på de enkelte trin på indsatsrampen fordelt på de forvaltningsområder, som indsatsen udspringer af.

<sup>13</sup> Skole- og dagtilbudsområdet, familieområdet, sundhedsområdet, SSP

<sup>14</sup> Herunder eksempelvis: "Indsats for mødre med efterfødselsreaktioner", hvor PPR bistår kommunens børnehus (sundhedsplejen), indsats vedrørende spisning, hvor PPR's ergoterapeuter bistår familieplejekonsulenterne i Familieafdelingen, interkulturelt forløb til flerkulturelle familier, hvor PPR's logopæder bistår Familieafdeling.

En lang række af de kommunale indsatser går igen i kapitel 4, som beskriver de indsatser, der udbydes i PPR-regi, hvilket understreger, at det i kommunerne er meget forskelligt, hvad man betragter som en PPR-opgave, og hvad der er placeret i andre enheder i de enkelte forvaltninger, hvilket igen hænger sammen med bredden i den enkelte PPR-enhed. Et eksempel på dette er, at mens sorg- og skilsmissegrupper i nogle kommuner faciliteres på skole- eller familieområdet, vil de i andre kommuner være en del af PPR's tilbudsvifte. Det samme gælder forebyggende indsatser såsom åbne rådgivningstilbud, som i nogle kommuner varetages i de enkelte forvaltninger og i andre kommuner udgør en del af PPR's opgaveportefølje.

På tværs af sektorområderne er der en forskellig vægtning eller tyngde i indsatserne. Det fremgår af interviewene med fagcheferne i de enkelte kommuner, at der på social- og familieområdet er en overvægt af de foregribende og især de indgribende indsatser, hvilket står i kontrast til skole- og dagtilbudsområdet, hvor der er et større fokus på de tidligere forebyggende indsatser. Det er eksemplificeret ved, at familieafdelingerne ofte først kommer i kontakt med børnene og de unge, når der er et behov for en foranstaltning jf. § 11 i serviceloven<sup>15</sup>.

Tabel 2.2. Eksempler på kommunale indsatser på tværs af fagområder

Forvaltning /indsatstype	Forebyggende indsatser	Foregribende indsatser	Indgribende indsatser
Dagtilbudsområdet	Tidlig opsporing af tilknytningsproblemer med ADBB Fælles Indsats (FI) – rådgivningstilbud	Pædagogisk indsats i dagtilbud af ressourcepædagog	”Småbarnshus” Gruppeforløb til mødre med efterfødselsreaktioner
Skoleområdet	Åbent rådgivningstilbud på skoler Åbent rådgivningstilbud på ungdomsuddannelserne Uddannelse af AKT-personale	Sorggrupper Bekymringssamtaler i SSP Co-teaching til børn med autisme God Skolestart – vurdering og støtte til skoleparathed Familieklasser – forældredeltagelse i skolen	”Bombe-kurser” til udadreagerende børn U-turn-indsats ift. skolevægring
Social- og familieområdet	Fremskudt socialrådgiver i dagtilbud Skolesocialrådgivere	Forældretræningsgrupper (COS-P) Gruppeforløb til sårbare mødre DUÅ-forløb – indsats til styrkelse af forældrekompetencer og samspil med institutioner	”Cool Kids” og andre angstgruppeforløb Tværfaglig familierådgivning og familierettede indsatser efter SEL § 11 Skilsmissegrupper
Sundhedsområdet inkl. sundhedsplejen	Anonym ungerådgivning på sundhedsområdet En God Start – tilbud til sårbare gravide	Vejledningsforløb til forældre til børn med autismediagnoser Graviditetsteam for tidligt fødte Morgenfruerne – hjælp til at få børnene afsted om morgenen	Gratis psykologhjælp til unge (forskellige aldersgrupper fra 15-25) 3D – behandlingstilbud til unge stofmisbrugere

**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere og interviews med fagcheferne i de 10 casekommuner. **Note:** n = 67

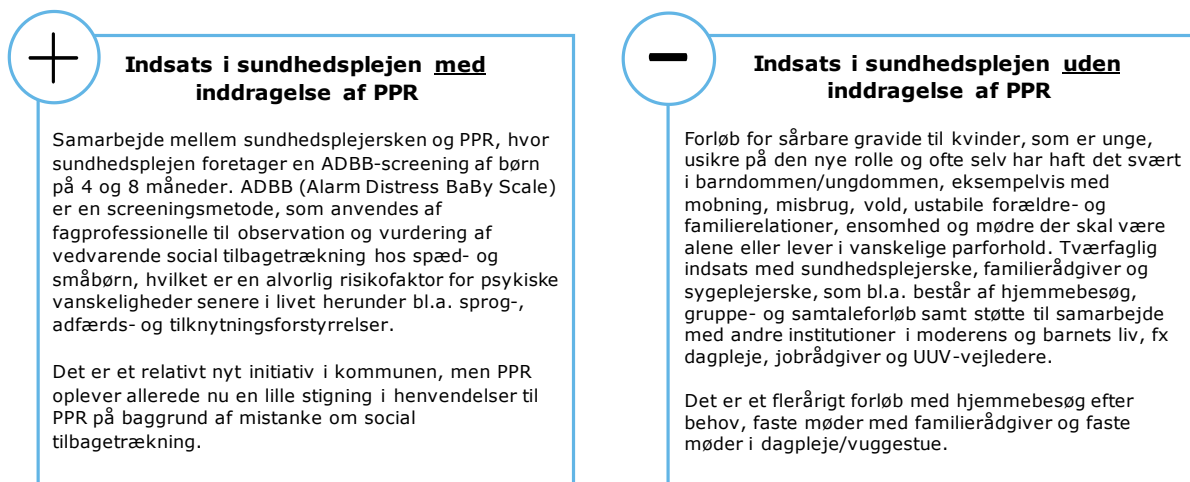
Der er stor variation, når det kommer til, hvorvidt PPR inddrages i de kommunale indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel. Der ses flere eksempler på, at den samme type indsats på tværs af kommunerne kan

<sup>15</sup> Servicelovens §11 tilskriver, at kommunen er forpligtet til at yde en målrettet indsats til børn og unge med behov for særlig støtte.



gennemføres med eller uden inddragelse af PPR. Et eksempel er PPR's rolle i tværfaglige indsatser til sårbare mødre, hvor PPR i nogle tilfælde bidrager til psykologiske screeninger af børnene og bygger bro til daginstitutioner, mens samarbejdet i lignende indsatser primært foregår imellem familie- og sundhedsforvaltningerne, jf. eksemplerne nedenfor.

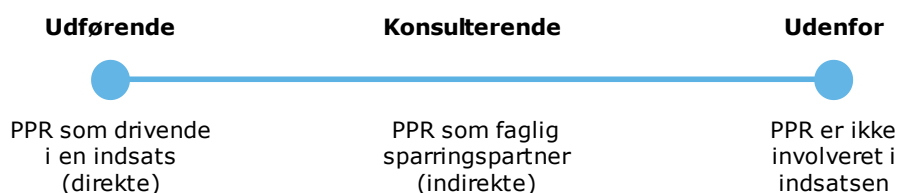
Boks 2.4. To indsatser til sårbare mødre med og uden inddragelse af PPR



I de kommunale indsatser, hvor PPR deltager, er der desuden stor variation i, hvilken rolle PPR-medarbejderne får. Mens PPR i nogle tilfælde er en integreret del af indsatsen med ansvaret for at drive tilbuddet eller løfte særskilte opgaver, vil de andre steder have en mere konsulterende rolle, hvor de alene bidrager med faglig sparring eller undervisning efter behov. Nogle kommuner henviser til det som direkte eller indirekte PPR-involvering.

Figuren nedenfor illustrerer de forskellige strategier, kommunerne kan gøre brug af i anvendelsen af PPR for indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel.

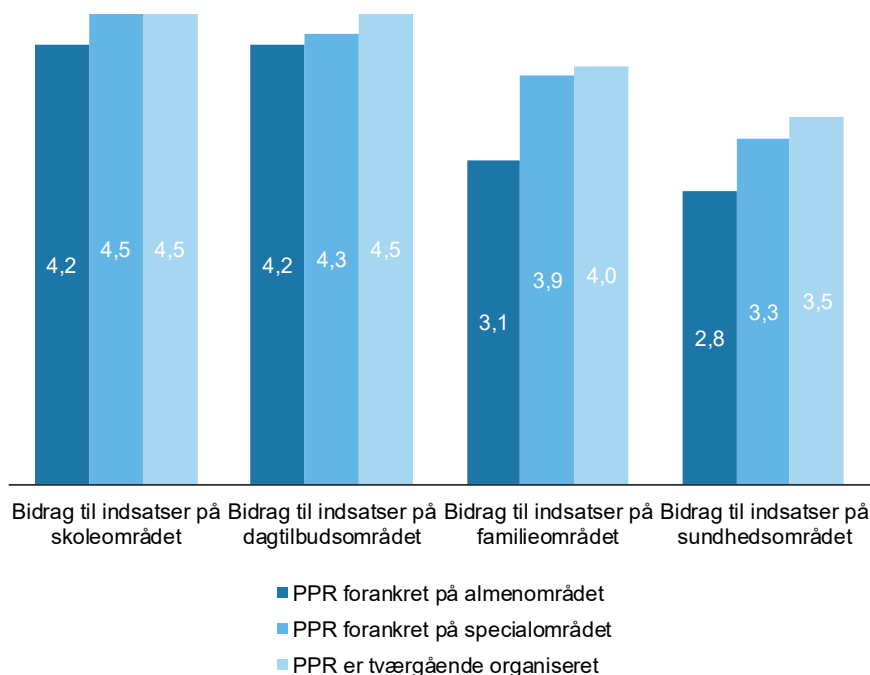
Figur 2.13. PPR's varierende roller i kommunale indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel



### 2.4.2 PPR's organisatoriske forankring og bidrag til indsatser på andre områder

I Figur 2.14 nedenfor sammenlignes omfanget af PPR's bidrag til indsatser forankret hos de 4 vigtigste samarbejdspartnere fordelt på de 3 grupper af kommuner med varierende organisatorisk forankring af PPR. Det gennemsnitlige omfang af PPR's bidrag til øvrige aktørers indsatser for de 3 grupper af kommuner er beregnet på en skala fra 1-5 ud fra PPR-ledernes besvarelser af, i hvilken grad PPR bidrager til kommunens øvrige indsatser (hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "Meget godt"), jf. ovenstående Figur 2.12.

Figur 2.14. PPR-ledernes vurdering af, i hvor høj grad PPR bidrager til indsatser på andre områder på en skala fra 1-5, fordelt på 3 grupper af kommuner med varierende organisering



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til PPR-ledere. **Note:** n = 67. PPR-lederne har vurderet, i hvilken grad PPR bidrager i kommunens øvrige indsatser målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel på 4 andre områder. Vurderingen er sket på en fempunktsskala ("I høj grad", "I nogen grad", "Hverken/eller", "I mindre grad", "Slet ikke"), og besvarelsene er omsat til numeriske værdier fra 1-5, hvor 5 er i "I høj grad".

Som det fremgår af figuren, er der kun mindre forskelle mellem de 3 grupper af kommuner, hvad angår bidrag til indsatser på skole- og dagtilbudsområdet. Til gengæld vurderer PPR-ledere i kommuner med en organisatorisk forankring på specialområdet eller med en tværgående organisering, generelt i lidt højere grad, at de bidrager til familie- og sundhedsområdets indsatser målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel.

#### Boks 2.5. Centrale fund i kapitlet

- PPR-lederne oplever stort set alle (97%), at **udviklingen i børn og unge med psykisk mistrivsel** er steget i de seneste 3 år, og at karakteren af psykisk mistrivsel er ændret mod i større grad at omhandle problematikker relateret til angst, skolevægring og autisme.
- **PPR's organisatoriske forankring** varierer betydeligt på tværs af kommunerne, men i de fleste kommuner er PPR organiseret som en central enhed (77%) med stærkest tilknytning til almenområdet, dvs. skole- og dagtilbudsområdet (40%).
- PPR-lederne vurderer overordnet, at de har et godt **samarbejde med de fleste øvrige aktører** på området. Relationen til skole- og dagtilbudsområdet er dog særligt god (96-97% vurderer det til mindst 4 på en skala fra 1-5, hvor 5 er "Meget godt"), mens samarbejdet med de alment praktiserende læger er mindre godt (15%).
- Det er også skole- og dagtilbudsområdet, som i de fleste tilfælde **henviser børn til PPR** (72%), mens børne- og ungdomspsykiatrien fylder mest i **PPR's viderehenvisninger** (44%).
- De fleste kommuner tilbyder en bred række indsatser på tværs af forvaltningerne, som befinder sig på forskellige niveauer på indsatsstappen. PPR-lederne vurderer generelt selv (77%), at de har et **overblik over kommunens samlede tilbud** til børn og unge i psykisk mistrivsel, men casestudierne tyder på, at kun en mindre andel af kommunerne på nuværende tidspunkt har udarbejdet en tværgående tilbudsvifte.
- Næsten alle PPR-lederne (>94%) vurderer desuden, at de i høj eller nogen grad **bidrager til kommunens indsatser** til målgruppen på andre områder, men det er meget forskelligt, hvilken rolle PPR får i samarbejdet.

# 3 Karakteristika ved kommunernes PPR

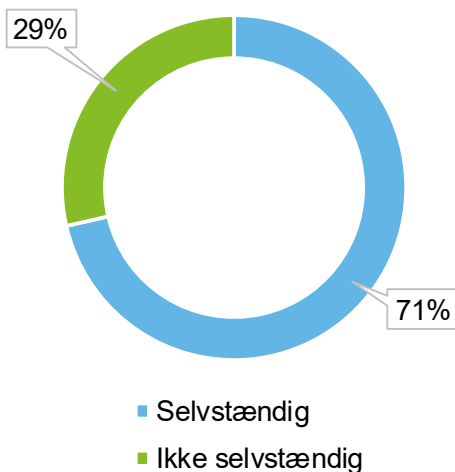
Kapitlet kortlægger kommunernes PPR med fokus på ressourceforbrug, intern organisering opgaveportefølje, personalesammensætning og kompetencer samt indsatser.

## 3.1 PPR's interne organisering og økonomi

PPR-enhederne varierer i organisatorisk forankring, jf. kapitel 2, og varierer også i forhold til, om PPR udgør en selvstændig enhed – defineret som en enhed med egen leder og eget budgetansvar – eller om PPR er en afdeling i en større organisatorisk enhed/fagcenter/fagkontor. Dette har stor betydning for, hvordan enheden afgrænses økonomisk.

Som det fremgår af Figur 3.7 nedenfor, svarer 71% af kommunerne, at PPR udgør en selvstændig enhed med egen leder og eget budget, mens 29% ikke udgør en selvstændig enhed.

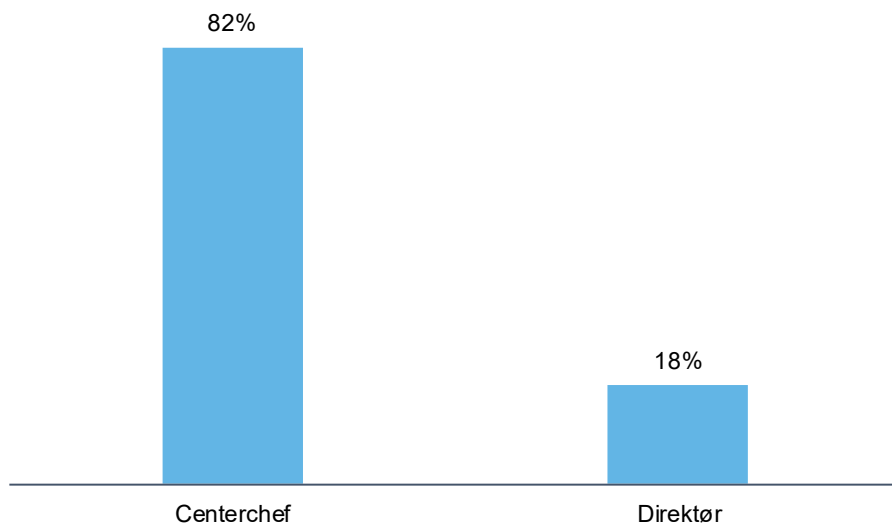
Figur 3.1. PPR-ledernes angivelse af, hvorvidt PPR er en selvstændig enhed i



ere. **Note:** n = 70

For at afdække, hvilket ledelsesniveau PPR-lederen befinder sig på, er PPR-lederne i spørgeskemaet blevet bedt om at svare på, hvem deres nærmeste leder er. Som det fremgår nedenfor, svarer 82%, at deres nærmeste leder er en centerchef i kommunen fx en skolechef, dagtilbudschef eller familiechef, mens 18% refererer direkte til en direktør. Dette tyder på, at 82% af PPR-ledere vil være placeret på afdelingslederniveau, mens 18% selv vil have titel af centerchef/PPR-chef. Der vil dog være en vis usikkerhed i forhold til antallet af ledelsesniveauer i den enkelte kommune.

Figur 3.2. Titlen på PPR-lederens nærmeste leder



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

### Budgetlægning

Det fremgår af interviewene og gennemgangen af PPR-enhedernes budgetter med økonomikonsulenter i forbindelse med casebesøg, at PPR's budgetter næsten udelukkende består af løn. Øvrige mindre poster på budgetter består af midler til kompetenceudvikling og køb af materialer. I langt de fleste PPR-enheder indgår ikke budgetter til eksterne køb, jf. ovenfor.

Udgangspunktet for budgettet/budgetdannelsen (lønbudgettet) i langt de fleste af casekommunerne er, at budgetrammen er fast med løbende pris- og lønfremskrivning.

Det fremgår af interviewene med økonomikonsulenterne, at enkelte kommuner anvender eller overvejer at anvende demografiregulering af PPR-enhedens budget som en del af beregningen af budgetgrundlaget. Det betyder, at budgettet vil stige ved flere unge i 0-6 års-alderen og skolealderen, mens budgettet omvendt vil blive reduceret ved et fald.

Det, som skaber variationer i PPR-enhedernes budgetter fra år til år, er ifølge økonomikonsulenter og PPR-ledere i overvejende grad projektmidler fra fonde og statslige puljer.

### Årsværk og omkostninger til PPR

PPR-lederne har i spørgeskemaet angivet, hvor mange årsværk der er ansat i deres PPR-enhed (ved udsendelsen af spørgeskemaet i efteråret 2019), hvilket summerer til 2.962 årsværk på tværs af de 70 kommuner, der har svaret på spørgeskemaundersøgelsen<sup>16</sup>. Med udgangspunkt i registerdata fra Danmarks Statistik<sup>17</sup> er det udregnet, at de deltagende kommuner udgør 81% af den samlede population af 0-18-årige. Opregnes årsværksforbruget på denne baggrund til nationalt niveau, estimeres det at udgøre 3.673 årsværk.

<sup>16</sup> Inklusive medarbejdere ansat for projektmidler

<sup>17</sup> Kommunefordelte data for antallet af 0-18-årige pr. 4. kvartal 2019

I forbindelse med de 10 casebesøg er der foretaget en validering af den pågældende kommunes indberetning af årsværk i spørgeskemaet. Dette er sket ved, at de angivne antal årsværk på stillingsbetegnelser fra spørgeskemaet er blevet sammenlignet med lønudtræk for PPR-enheden fra kommunens økonomisystem. Dette er sket via interviews og gennemgang med den relevante økonomikonsulent. Gennemgangen viser, at der er høj grad af overensstemmelse mellem de 2 tal på tværs af de 10 kommuner (under 5% afvigelse), hvorfor de angivne antal årsværk på landsplan i spørgeskemaundersøgelsen vurderes at have stor udsagnskraft.

I casekommunerne er der endvidere indhentet gennemsnitlige årsværkspriser (inklusive pension) for de forskellige personalegrupper i PPR, hvorefter gennemsnittet af disse er beregnet. De vigtigste af disse beregnede gennemsnitsårsværkspriser er:

- Psykologer (583.500 kr.)
- Logopæder (552.000 kr.)
- Pædagogiske konsulenter (548.000 kr.)
- Administrative medarbejdere (456.000 kr.)
- Fysio-/ergoterapeuter (510.000 kr.)

PPR-lederen har i spørgeskemaet også angivet den relative fordeling af årsværk mellem de forskellige medarbejdergrupper. Disse årsværkstal er efterfølgende ganget med de respektive årsværkspriser.

Det kan således estimeres, at de 70 kommuner, der har svaret på spørgeskemaundersøgelsen, har et samlet årligt lønforbrug til PPR på 1,6 mia.kr. i 2019.<sup>18</sup> Opregnes dette tal til nationalt niveau, bliver beløbet 2,0 mia.kr. i 2019.<sup>19</sup>

Både casestudier og spørgeskemaundersøgelsen viser, at der er stor forskel på, hvilke personalegrupper der er med i PPR-enheden (smal eller bred PPR-enhed), hvilket selvsagt afspejler sig i ressourceforbruget. Det er derfor vanskeligt at sammenligne ressourceforbruget på PPR på tværs af kommuner, da opgaver, som er placeret i PPR i den ene kommune, kan være placeret andre steder i den kommunale forvaltning i en anden kommune.

Dette afspejles også i Figur 3.6 i afsnit 3.4 om personalesammensætningen i PPR, hvor det fremgår, at medarbejdergrupper som pædagogiske konsulenter, ressource- og specialpædagoger, fysio- og ergoterapeuter samt administrativt personale kun er placeret i PPR-enheden i nogle kommuner<sup>20</sup>. Kun psykologgruppen er konstant i PPR på tværs af alle kommuner.

Den store variation på tværs af kommunerne i det årlige ressourceforbrug på PPR pr. 0-18-årig i kommunen, som fremgår af Figur 3.3 nedenfor, skal

---

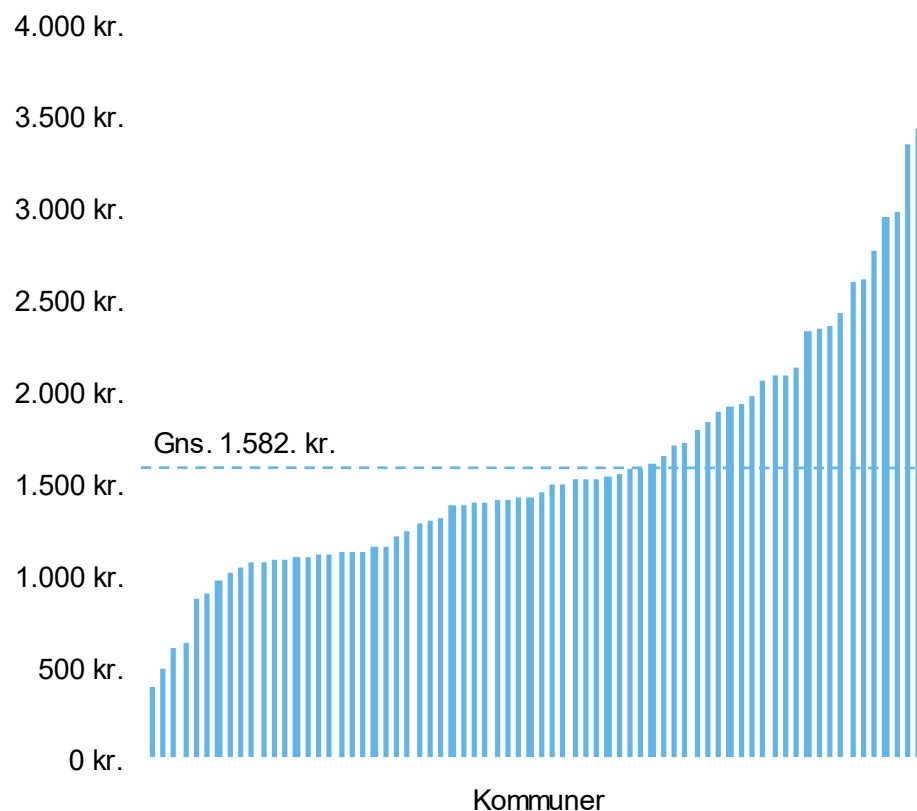
<sup>18</sup> Kommunerne har også oplyst om køb af eksterne ydelser, men da dette udgør under en promille af udgifterne, er det ikke medtaget her.

<sup>19</sup> Bemærk, at kun lønudgifter er medtaget, da kortlægningen viste, at PPR's eksterne indkøb (direkte øvrige driftsomkostninger) udgør en ubetydelig andel af de samlede budgetter (ca. 0,1%). Samtidig udgøres PPR's budget næsten udelukkende af lønomkostninger i de fleste kommuner, da overheadudgifter (indirekte og generelle fællesomkostninger) er placeret på centrale konti/budgetter. Der kan dog eventuelt indregnes en standardsats på 18-20% af lønomkostninger til dækning af overhead.

<sup>20</sup> Pædagogiske konsulenter kan fx ligge særskilt under skole- eller dagtilbudsområdet som skole- og dagtilbudskonsulenter, fysio- og ergoterapeuter vil ofte ligge spredt flere andre steder i kommunen, og administrativt personale vil ofte være til stede i større omfang i store PPR-enheder.

derfor betragtes med forsigtighed, da en del af variationen kan skyldes forskellige organisatoriske grænsedragninger.

Figur 3.3. Kommunernes udgifter til PPR-medarbejdernes løn pr. 0-18-årig



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere og interviews med økonomikonsulenter i de 10 casekommuner samt egne beregninger. **Note:** n = 70

### Aktivitetsniveau

Det har ikke været muligt at tilvejebringe præcise og valide aktivitetsdata, og det er således ikke muligt at opgøre, hvor mange børn/unge PPR er i kontakt med. Det skyldes blandt andet, at kommunerne ikke registrerer disse data systematisk. Endvidere vil det kræve visse definitions-mæssige afgrænsninger, da en stor del af PPR's arbejde er konsultativ udvikling af fagprofessionelle, hvor der ikke er et bestemt barn/ung, der modtager en indsats.

### 3.2 Opgaver i PPR

PPR har en række lovbestemte opgaver, som følger af folkeskoleloven og "Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand", "Bekendtgørelse om folkeskolens specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen" samt "Bekendtgørelse om specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand efter folkeskoleloven i dagbehandlingstilbud og anbringelsessteder". Der skal således foreligge en pædagogisk-psykologisk vurdering i forbindelse med en række afgørelser efter folkeskoleloven. Det gælder afgørelser om specialundervisning, fritagelser for fag og aflæggelse af prøver på særlige vilkår mv.

Hvis forældre eller andre anmoder om specialpædagogisk bistand til et barn, der ikke har påbegyndt skolegangen, skal der ligeledes udarbejdes en pædagogisk-psykologisk vurdering.

Hvis en elevs skolesituation giver anledning til bekymring, kan skolens leder efter samråd med eleven og forældrene anmode om en pædagogisk-psykologisk vurdering, selvom eleven ikke anses for at have behov for specialundervisning,

Den pædagogiske-psykologiske vurdering har til formål at belyse elevens kompetencer med henblik på at yde skolen samt eleven og forældrene rådgivning om tilrettelæggelsen af og indholdet i en undervisning, der kan tilgodese elevens særlige behov og forudsætninger. Forældrene skal altid medvirke centralt i forløbet, dels fordi de kan bidrage med nødvendige oplysninger, dels fordi deres medvirken er afgørende for skolens muligheder for at tilgodese elevens særlige behov.

Et element i vurderingen kan være gennemførelse af en analyse af elevens særlige behov på grundlag af de foreliggende oplysninger fra det undervisende personale, forældre og andre personer med betydning for elevens og klassens faglige og sociale funktion.

Et andet element kan være en grundig og dybtgående undersøgelse af elevens individuelle faglige og sociale kompetencer og potentialer, hvilket forudsætter, at eleven selv deltager i undersøgelsen. Undersøgelsens omfang afhænger af elevens behov og den sammenhæng, som eleven befinder sig i.

PPR kan ikke foretage psykiatrisk udredning af børn og unge i psykisk mistro og kan ikke udskrive medicin, og PPR viderehenviser derfor til børne- og ungdomspsykiatrien i disse tilfælde. Ligeledes vil de børn og unge, hvor den psykiske mistro skyldes mere komplekse, strukturelle udfordringer i familien, ofte blive henvist til familieafdelingen.

Som led i at understøtte målsætningen om inklusion har PPR fået en væsentlig opgave i forhold til at rådgive skoler om at tilrettelægge et læringsmiljø, der fremmer alle elevers læring og trivsel.

Herudover er der som tidligere nævnt en praksis for, at PPR har en bred og varierende opgaveportefølje i kommunerne i forhold til børn og unge mellem 0 og 18 år, som går ud over de lovbestemte opgaver, herunder opgaver i forlængelse af opgaverne i grundskolen i snitfladen mellem undervisning, det sociale område og sundhedsområdet.

### 3.3 Fordeling af årsværk på opgaver

I spørgeskemaundersøgelsen blev PPR-lederne også bedt om at vurdere, hvor stor en andel af deres årsværksforbrug der blev anvendt til lovgivningsbestemte opgaver<sup>21</sup>. Kortlægningen viser, at ud af det samlede

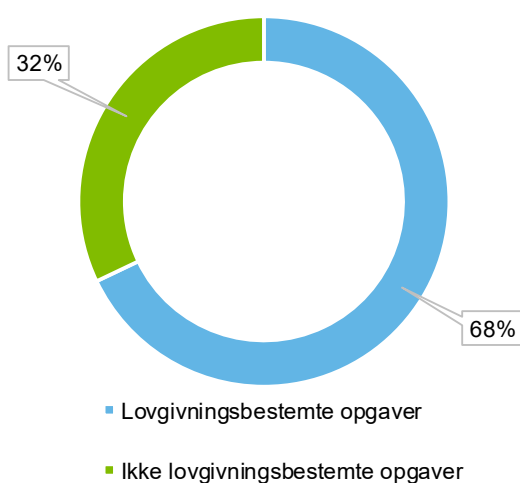
---

<sup>21</sup> PPR's lovbestemte opgaver i spørgeskemaet blev defineret som opgaver beskrevet i "Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand" og "Bekendtgørelse om folkeskolens specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen. Det betyder, at opgaver vedrørende "frie grundskoler og frie fagskoler" samt opgaver i relation til folkeskoleloven og "Bekendtgørelse om specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand efter folkeskoleloven i dagbehandlingstilbud og anbringelsessteder" ikke fremgik af den forklarende tekst spørgeskemaet, hvorfor det ikke er entydigt, om denne del af PPR's opgaveportefølje er indregnet i de estimater, som PPR-lederne har angivet. Det er ligeledes uklart, om PPR-lederne har indregnet lovbestemte opgaver efter serviceloven, som de måtte løse.

antal årsværk, som PPR-lederne har angivet i spørgeskemaundersøgelsen, udgør de lovgivningsbestemte opgaver, som følger de 2 ovennævnte bekendtgørelser 68%, mens 32% af PPR-årsværkene i kommunerne anvendes til opgaver, som ikke er lovgivningsbestemte.

Det skal understreges, at fordelingen gælder lovgivningsmæssige opgaver for PPR. De opgaver, der beskrives som ikke-lovgivningsbestemte opgaver, kan således være forankret i fx sundheds- eller serviceloven, men er ikke obligatoriske for PPR.

Figur 3.4. PPR-ledernes fordeling af det samlede antal PPR-årsværk på lovgivningsbestemte og opgaver, der ligger ud over de lovgivningsbestemte opgaver



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 70

I Figur 3.5 nedenfor ses nærmere på, hvordan kommunernes PPR-medarbejdere anvender deres tid på de specifikke opgavetyper, som er defineret i samarbejde med Landssamrådet af PPR-chefer.

Det er ikke muligt at afgrænse de lovbestede og ikke-lovbestede opgaver direkte i forhold til de specifikke opgavetyper i Figur 3.5, ud over at administrative opgaver og lettere behandling kan betegnes som opgaver, der ligger ud over de lovgivningsbestemte. Dette skyldes uklarheder og forskellige fortolkninger på tværs af kommunerne vedrørende den nærmere afgrænsning af, hvilke specifikke typer af opgaver der falder inden for kategorien af lovbestede opgaver. Det vil sige, at de 68% (lovgivningsbestemte opgaver) og 32% (ikke-lovgivningsbestemte opgaver) ikke kan genfindes i figuren nedenfor<sup>22</sup>.

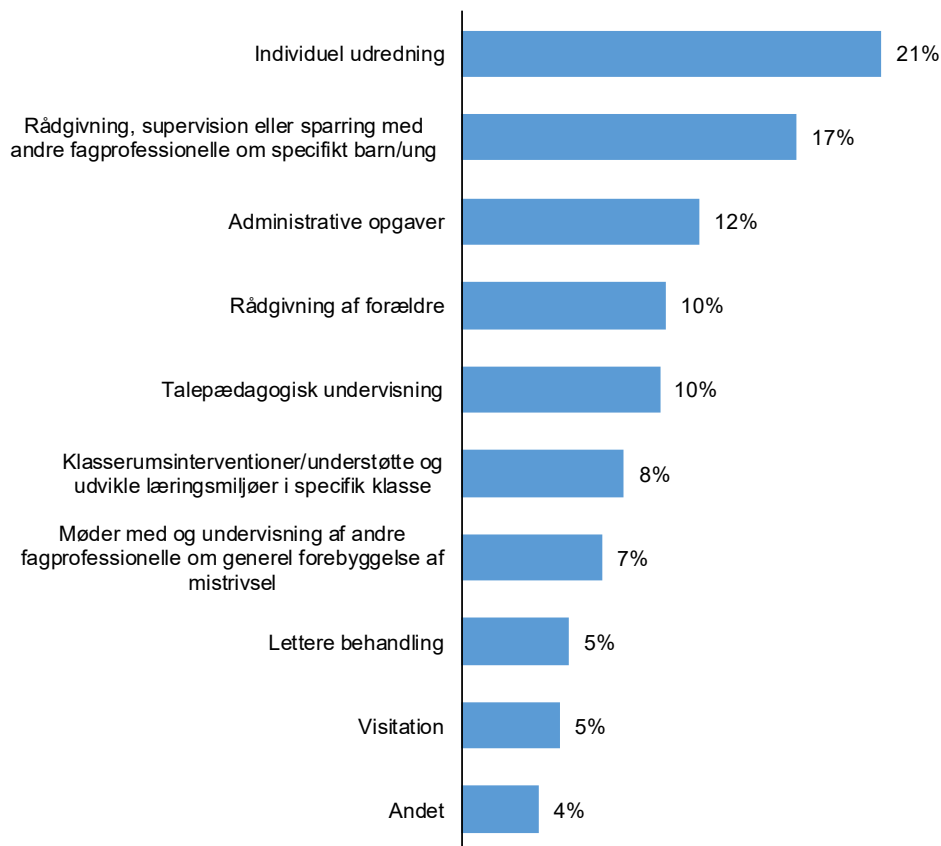
Eksempelvis fremgår det af interviewene med især PPR-medarbejderne, at flere forældre henvender sig direkte til PPR om deres børns adfærd og trivsel, inden der er tale om en reel sag eller indstilling fra fx skolelederen. Dette skal også ses i sammenhæng med, at mange af de eksternt finansierede projekter

<sup>22</sup> Det bemærkes desuden, at Figur 3.5 umiddelbart indikerer en anden fordeling af tidsforbruget på lovgivningsbestemte og ikke-lovgivningsbestemte opgaver, hvor ikke-lovgivningsbestemte opgaver fylder mere. Det skyldes, at lovgivningsbestemte opgaver umiddelbart kun omfatter "Individuel udredning" (22%) og den del af "Talepædagogisk bistand" (10%), der vedrører udredning, samt eventuelt en del af "Rådgivning, supervision eller sparring med andre fagprofessionelle om specifikt barn/ung" (17%), hvilket ikke summerer til 68%.



(fx forskningsprojektet "Mind my Mind") har givet nye adgange til PPR for forældrene, hvorfor tidsforbruget til rådgivning af forældre skal ses bredere end det lovgivningsbestemte.

Figur 3.5. PPR-ledernes vurdering af fordelingen af PPR-medarbejdernes tid på opgavetyper i gennemsnit over et år



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 68

I forhold til de specifikke opgavetyper fremgår det i figuren ovenfor, at individuel udredning med 21% af det samlede tidsforbrug er den opgavetype, der anvendes mest tid på, hvor det især er udarbejdelse af PPV'er (pædagogiske-psykologiske vurderinger), der fylder. Der er ikke tale om udredning i relation til lettere behandling.

Rådgivning, supervision og sparring med andre fagprofessionelle om et specifikt barn udgør 17% af PPR-medarbejdernes tidsforbrug. Her er der især tale om det decentrale tværfaglige samarbejde, som PPR indgår i omkring skoler (lærere, pædagoger og ledelse) og daginstitutioner (pædagoger og ledelse) med deltagelse af medarbejdere fra eksempelvis familieområdet (særligt fremskudte socialrådgivere) og medarbejdere fra sundhedsplejen.

Administrative opgaver fylder 12% af medarbejdernes tid. Her er der både tale om administrative opgaver udført af psykologer, logopæder mv. og administrative medarbejdere.

Herefter følger henholdsvis rådgivning af forældre og talepædagogisk undervisning udført af logopæder (10%). Endelig følger

klasserumsinterventioner/udvikling af læringsmiljø i specifikke klasser (8%), møder med og undervisning af andre fagprofessionelle om generel forebyggelse (7%), lettere behandling, jf. kapitel 4 (5%), visitation (5%) og andet/andre opgavetyper (4%). I forhold til sidstnævnte kategori nævnes i fritekstfelt blandt andet andre behandlingsopgaver.

### 3.4 Personalesammensætning og kompetencer i PPR

Af Figur 3.6 nedenfor fremgår det:

1. I hvor stor en andel af kommunerne, de enkelte stillingsbetegnelser/fagligheder er repræsenteret i PPR-enheden
2. Hvordan det samlede antal årsværk i PPR-enhederne er fordelt på stillingsbetegnelser (andele)

Det fremgår, at psykologer i gennemsnit udgør 45% af medarbejderstaben. Der er psykologer repræsenteret i alle PPR-enheder.

Psykologerne kan som udgangspunkt indgå i alle førnævnte opgaver med undtagelse af talepædagogisk undervisning.

Af opgaver fremhæves:

- Udredning af børn og unge med henblik på vurdering af behov for specialpædagogisk bistand og/eller eventuel henvisning til fx børne- og ungdomspsykiatrien
- Rådgivning og vejledning til forældre og personalet i skoler og institutioner
- Udvikling af kompetencer i samarbejdet med dagtilbud og skoler
- Skabelse af miljøer på dagtilbudsområdet, der ruste børnene skolegang

Talepædagoger/logopæder er ligeledes repræsenteret i næsten alle PPR-enheder (96%), mens denne faggruppe udgør 24% af det samlede antal årsværk, der er angivet i spørgeskemaet.

Af opgaver kan fremhæves:

1. Undersøgelser og udredning af børn med sproglige vanskeligheder
2. Tale- og kommunikationsproblemer med iværksættelse af efterfølgende relevante pædagogiske tiltag

Det fremgår endvidere af figuren, at pædagogiske konsulenter er en del af ca. 3 ud af 4 PPR-enheder (76%), mens de udgør 11% af årsværkene i PPR-enhederne. De pædagogiske konsulenter kan også udføre en bred vifte af opgaver i det tværfaglige samarbejde med forskellige faggrupper. PPR-lederne peger specifikt på, at de pædagogiske konsulenter kan omsætte psykologiske anbefalinger til pædagogisk praksis.

I 2 ud af 3 kommuner har PPR-enheden administrative medarbejdere ansat, mens denne faggruppe udgør 6% af de angivne årsværk. Dette skal ses i forhold til, at 12% af medarbejdernes tid går til administrative opgaver.

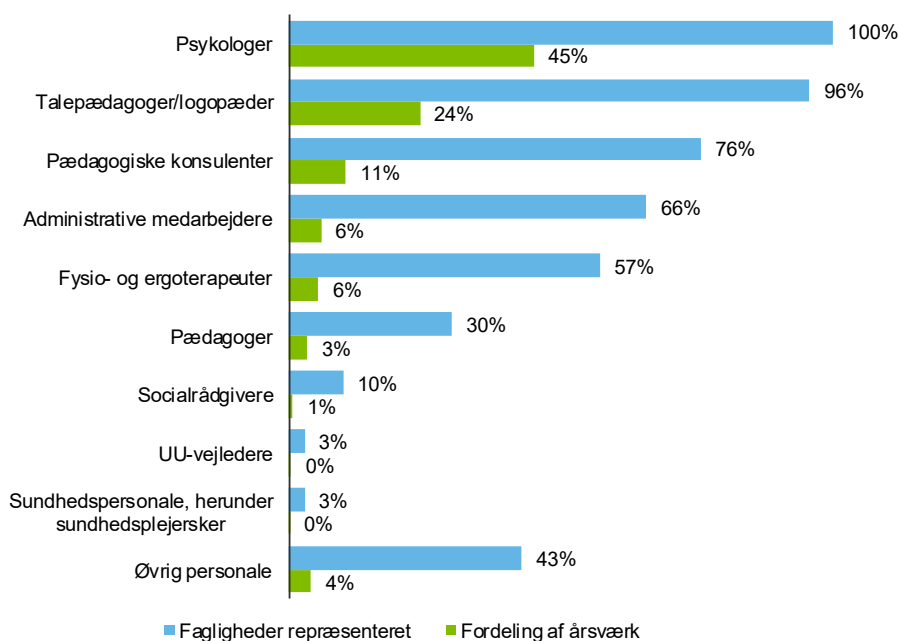
Hvad angår den tredjedel af kommunerne, hvor der ikke er ansat administrativt personale i PPR-enheden, jf. Figur 3.6 nedenfor, vil der være en sammenhæng til, om PPR-enheden er en selvstændig enhed med eget budget, jf. Figur 3.1.

Det fremgår endvidere af figuren, at fysio- og ergoterapeuter er repræsenteret i 57% af alle PPR-enheder, mens denne faggruppe udgør 6%

af årsværkene. Endelig skal det fremhæves, at selvom Figur 2.3 viste, at 11% af kommuners PPR er organisatorisk forankret sammen med sundhedsområdet, så har kun ganske få kommuner sundhedspersonale ansat i selve PPR-enheden.

PPR-lederne har endvidere haft mulighed for at angive øvrigt personale i spørgeskemaet. 43% har angivet, at de har øvrigt personale ansat, svarende til 4% af det samlede antal årsværk. Denne kategori indeholder blandt andet flersprogs konsulenter, læsekonsulenter, ledelse, udviklingskonsulenter mv.

Figur 3.6. PPR-enhederne repræsentation af fagligheder og fordeling på det samlede antal årsværk



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 70

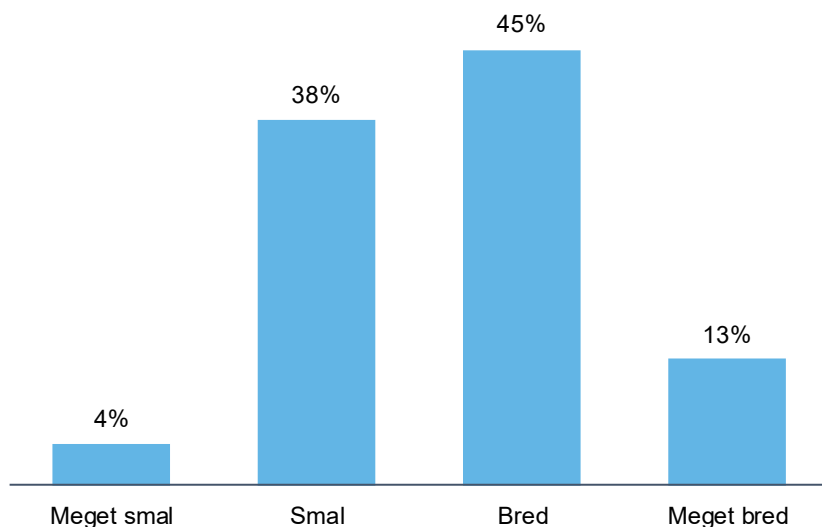
Det skal understreges, at ovenstående gennemgang af personalesammensætningen udelukkende omhandler PPR-enheden i den pågældende kommune.

Således kan der – afhængigt af, hvor smal versus bred PPR-enheden er, jf. kapitel 3 – være tilsvarende fagligheder ansat i andre kommunale enheder, der arbejder med børn og unge i psykisk mistrivsel.

For at give et overblik over variationen i kompetencebredden i PPR på tværs af kommunerne er PPR-enhederne i figuren nedenfor blevet inddelt i 4 kategorier af bredde i kompetenceprofilen på baggrund af PPR-ledernes indmeldinger af årsværk på stillingskategorier. Bredden er defineret ud fra, hvor mange fagligheder der er repræsenteret i PPR-enheden.

Anvendes denne kategorisering, fremgår det, at den mest udbredte "model" er en fagligt bred PPR-enhed med 5-6 fagligheder repræsenteret (45% af PPR-enhederne), mens en fagligt smal model (3-4 fagligheder) følger lige efter med 38%. Kun 4% af PPR-enhederne råder over 1-2 fagligheder i en fagligt meget smal model, mens 13% har en meget bred model med 7-8 fagligheder.

Figur 3.7. PPR-enhederne faglige bredde målt på de ansattes faglige baggrunde



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 69. Meget smal = 1-2 fagligheder, smal = 3-4 fagligheder, bred = 5-6 fagligheder og meget bred = 7-8 fagligheder.

### 3.5 Kompetencer

Ses der i forlængelse af personalesammensætningen i landets PPR-enheder på kompetencesituationen, fremgår det af nedenstående figur, at PPR-lederne helt generelt vurderer, at deres medarbejdere har de nødvendige kompetencer til at løse deres opgaver.

Således er 97% af PPR-lederne enige eller meget enige i, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at lave individuel udredning, som primært indeholder udarbejdelse af PPV'er samt rådgivning, supervision og sparring med andre fagprofessionelle om specifikke unge.

94% af PPR-lederne er enige eller meget enige i forhold til rådgivning af forældre.

Hvad angår disse 3 opgavetyper kan det konstateres, at PPR-lederne i høj grad vurderer, at deres medarbejdere har de nødvendige kompetencer.

PPR-lederne vurderer også, at de nødvendige kompetencer er til stede i forhold til at foretage visitation samt afholde møder med og undervise andre fagprofessionelle, idet henholdsvis 83% og 84% svarer, at de er enige eller meget enige.

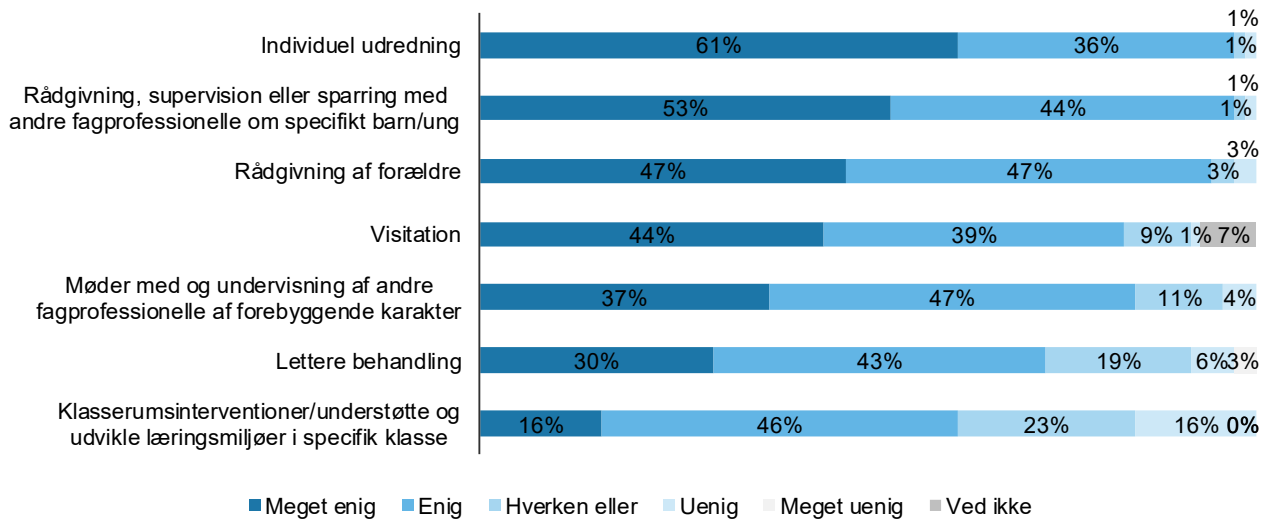
Lidt mere blandet bliver det i forhold til, at medarbejderne besidder de nødvendige kompetencer i forhold til at arbejde med lettere behandling.

Som det beskrives nærmere i kapitel 5, drejer det sig særligt om udkantskommuner, der har vanskeligt ved at tiltrække og fastholde erfarne psykologer med behandlerkompetencer.

73% af PPR-lederne svarer enig eller meget enig i, at medarbejderne har de rette kompetencer til at yde lettere behandling.

I forhold til, om PPR-ledernes medarbejdere har de nødvendige kompetencer til at udføre klasserumsinterventioner og udvikling af læringsmiljøer i specifikke klasser, svarer kun 62%, at de er meget enige eller enige.

Figur 3.8. PPR-ledernes vurdering af, hvorvidt der blandt PPR-medarbejderne på nuværende tidspunkt er de nødvendige kompetencer på tværs af opgavetyper



Kilde: Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. Note: n = 70

På casebesøgene er PPR-lederne blevet spurgt om, hvilke kompetencer, de vurderer, der er størst efterspørgsel efter nu og i de kommende 2-3 år.

Følgende kompetenceområder er fremtrædende på tværs af casekommunerne:

- Evne til at arbejde tværfagligt og decentralt tæt på børnenes hverdagsliv.** Det kan eksempelvis være i forhold til børn i psykisk mistrivsel, der har behov for emotionel og motorisk støtte i både skole- og familiesammenhæng. For at de fagprofessionelle skal kunne løfte opgaven, er der behov for et fælles sprog for barnets udfordringer og løsningsmuligheder samt et kendskab til hinandens kompetencer. Særligt fremhæves evnen til at afkode, hvornår egen faglighed er tilstrækkelig, og hvornår der er brug for at inddrage andre kompetencer, som væsentlig. Dette forudsætter ikke blot et kendskab til andre fagprofessionelles styrker og svagheder, men også til begrænsningerne i egen faglighed. Derudover forudsætter evnen til at arbejde tværfagligt en grundlæggende viden om andre indsatser (fx over imod familieområdet og sundhedsområdet).
- Proces- og faciliteringskompetencer i forhold til at koordinere og drive tværfaglige indsatser over for børn og unge.** Det drejer sig eksempelvis om at planlægge og drive møder, hvor relevante fagligheder inddrages, og at der træffes aftaler om konkrete initiativer i barnets forløb og løbende følges op.
- Være på forkant med udviklingen og tendenserne blandt børn og unge i psykisk mistrivsel, fx aktuelt angst, autismespektrumforstyrrelser og depression.** Når tilbudsviften skal tilpasses nye udfordringer hos målgruppen, kræver det typisk kompetenceudvikling i specifikke metoder og tilgange. Det er ofte de mere erfarne psykologer, der tages ud af driften i den forbindelse, og når der gennemføres bred opkvalificering, vil der også ofte være et større træk på erfarne psykologer til at understøtte og sparre med mere uerfarne kolleger.

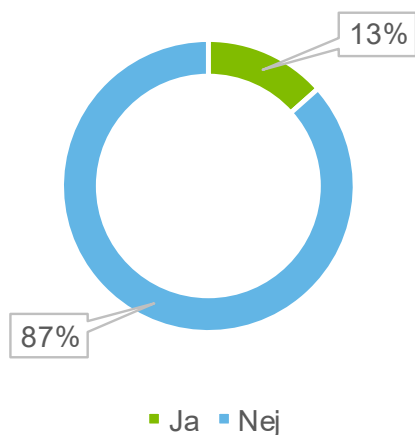
Det betyder, at de erfarne psykologer trækkes længere væk fra den almindelige drift, herunder udarbejdelse af PPV'er.

- **Mange kommuner i yderområder har svært ved at tiltrække og fastholde erfarne psykologer.** Rekrutteringsbasen er primært nyuddannede psykologer, som ikke har erfaring og derfor ikke tyngde til at indgå i de meget praksisnære sammenhænge. Endvidere er det svært at fastholde psykologerne i disse kommuner, når de har oparbejdet erfaring. Gennemgang af løndata fra casekommunerne viser, at gennemsnitslønningerne for psykologer i udkantskommuner er lavere end i kommuner omkring de store byer, hvilket underbygger en lavere anciennitet.

Selvom halvdelen af kommunerne i casebesøgene giver udtryk for rekrutteringsvanskeligheder, er det meget få kommuner, som køber ydelser eksternt hos private leverandører eller i andre kommuner.

Det fremgår af figuren nedenfor, at kun 13% af PPR-enhederne i kommunerne køber eksterne ydelser, svarende til 9 ud af 67 kommuner. Ses der nærmere på de angivne beløb, er der alt i alt tale om ca. 1,4 mio.kr. for de 9 kommuner. Dette skal ses i forhold til samlede lønomkostninger på ca. 2 mia.kr.

Figur 3.9. Procentdel af kommunerne som indkøber eksterne ydelser i regi af PPR (privat og/eller i andre kommuner)



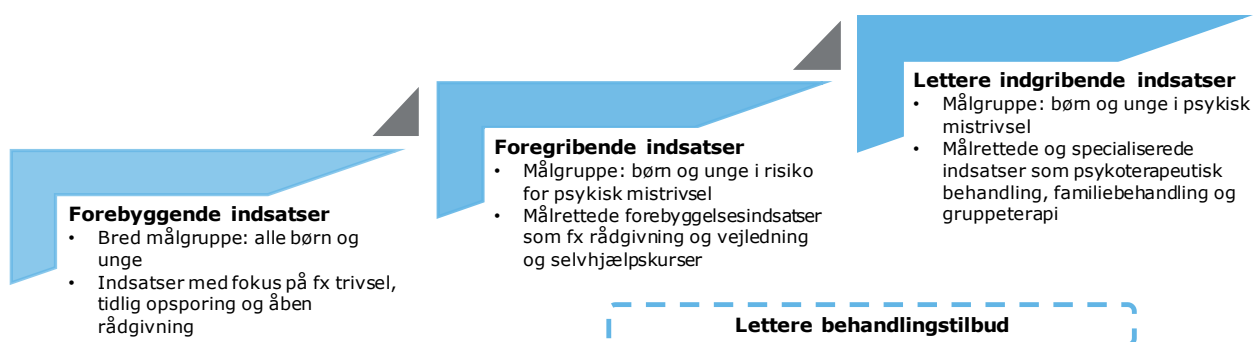
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

Af fritekstfelterne i spørgeskemaet fremgår det, at der især købes eksterne ydelser til specialiserede kompetencer, eksempelvis privatpraktiserende psykologer eller psykiatere med speciale inden for specifikke diagnoser som ADHD og autisme.

### 3.6 PPR's indsatser

PPR's indsatser kan indplaceres på en indsatstrappe med 3 trin: forebyggende, foregribende og lettere indgribende indsatser. Kategorierne er beskrevet nærmere i afsnit 1.4.4, men fremgår også i oversigtsform i Figur 3.10 nedenfor.

Figur 3.10: Figur over forebyggende, foregribende og lettere indgribende indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel<sup>23</sup>



Kortlægningen viser, at ikke alle kommunale PPR er vant til at kategorisere deres indsatser på denne måde, og selvom indsatsstrappen er blevet grundigt forklaret i både interviews og spørgeskemaundersøgelsen, kan der være forskel på, hvordan PPR-lederne har forstået trinnene.

Dette fremgår blandt andet af den detaljerede indsatskortlægning i afsnit 3.6.2-3.6.4, hvor PPR-lederne i forskellige kommuner placerer angstgruppeforløbet "Cool Kids" på alle 3 trin på indsatsstrappen.

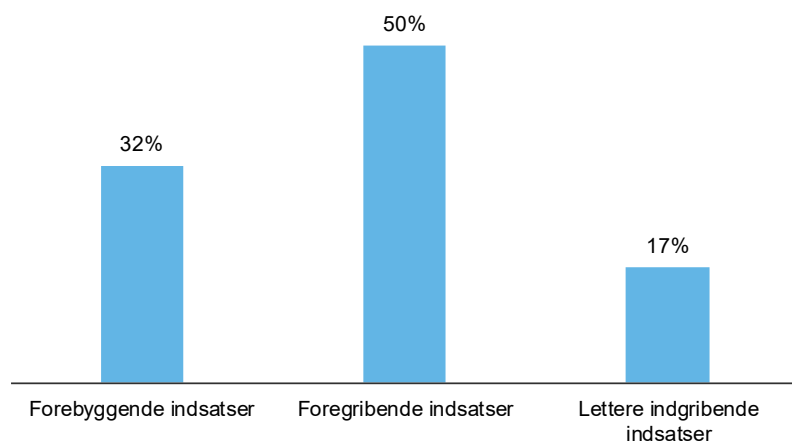
Denne forståelsesmæssige variation i forhold til indsatsstrappen vil sandsynligvis også gøre sig gældende for fordelingen i Figur 3.11 nedenfor og i de øvrige figurer i dette afsnit, hvor indsatsstrappen indgår.

### 3.6.1 Tilbudsviften generelt

PPR-lederne er i spørgeskemaundersøgelsen blevet bedt om at estimere, hvordan deres indsatser fordeler sig mellem de 3 trin på indsatsstrappen. Resultatet fremgår af Figur 3.11 nedenfor.

<sup>23</sup> Denne indsatsstrappe stammer fra den tværministerielle arbejdsgruppe bag projektet. Indsatsstrappen var gældende, da denne undersøgelse blev gennemført og er derfor anvendt i forklaringstekster i både spørgeskema og casebesøg. Arbejdsgruppen har dog senere i projektets forløb præciseret indsatsstrappen (herunder opdelingen mellem typer af indsatser), og derfor afviger den nuværende definition på visse mindre punkter fra den, som er anvendt i denne undersøgelse.

Figur 3.11. Gennemsnittet af PPR-ledernes estimat for fordelingen af PPR-indsatser det seneste år fordelt på indsatsstrappens trin



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

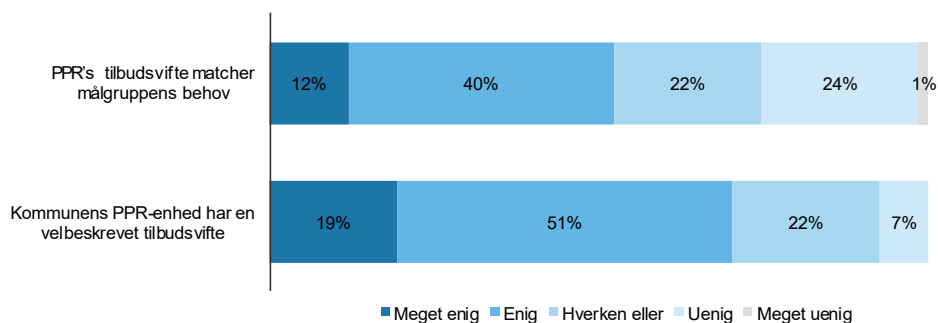
PPR-ledernes besvarelser viser, at cirka en tredjedel af indsatserne i de kommunale PPR er forebyggende, mens halvdelen er foregribende og en sjettedel er lettere indgribende. Det er vigtigt at understrege, at ovenstående fordeling er et gennemsnit af PPR-ledernes besvarelser, og der kan således være stor variation fra kommune til kommune. I de følgende underafsnit om henholdsvis forebyggende, foregribende og lettere indgribende indsatser kommer vi nærmere ind på denne variation.

PPR-lederne er også blevet bedt om at vurdere, hvorvidt deres tilbudsvifte matcher målgruppens behov, og om den er velbeskrevet. Resultatet fremgår af Figur 3.12 nedenfor, hvor cirka halvdelen af PPR-lederne har erklæret sig enige eller meget enige i, at deres tilbudsvifte matcher målgruppens behov. Samtidig er 25% uenige eller meget uenige. Der lader således til at være betydelig variation mellem kommunerne, når det kommer til tilstrækkeligheden af PPR's tilbudsvifte.

Dette kan hænge sammen med variationen i PPR's rolle i den samlede kommunale organisering og den samlede kommunale indsats over for børn og unge i psykisk mistrivsel. De kommuner, hvor PPR-ledere oplever egen tilbudsvifte som utilstrækkelig, kan således råde over en bredere vifte af indsatser forankret i andre enheder i den kommunale forvaltning, jf. afsnit 2.2.



Figur 3.12. PPR-ledernes enighed i udsagn om PPR's tilbudsvifte



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

Figur 3.12 viser også, at 7 ud af 10 kommuner er enige eller meget enige i, at de har en velbeskrevet tilbudsvifte.

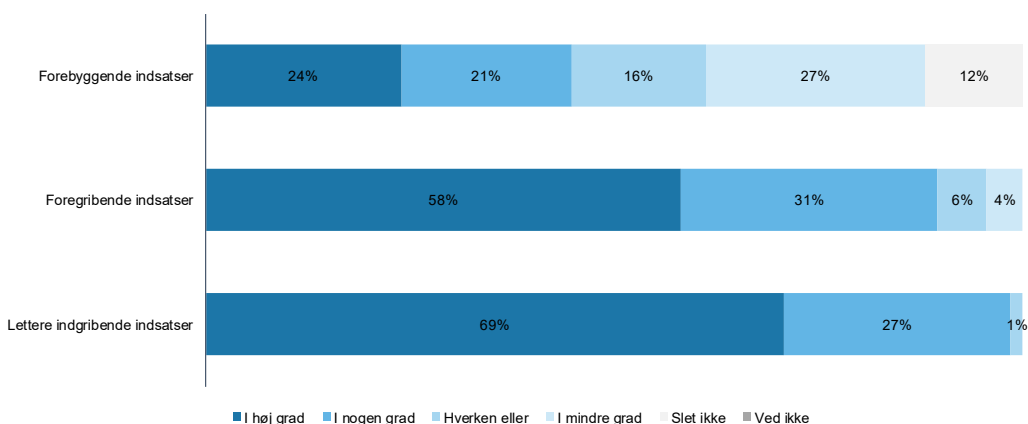
### Registrering og opfølgning

PPR-lederne er også blevet bedt om at angive, hvor ofte det registreres, når et barn modtager en PPR-indsats. Resultaterne viser, at der er betydelige forskelle på kommunernes registreringspraksis, jf. også afsnit om årsværk og lønudgifter.

Som det fremgår af Figur 3.13 nedenfor er det især for de mere forebyggende indsatser vidt forskelligt, om kommunerne registrerer, når et barn modtager indsatsen. 45% siger, at de i høj eller nogen grad registrerer gennemførte indsatser, mens 39% siger, at det kun sker i mindre grad eller slet ikke.

For indsatser af foregribende, lettere indgribende og behandlende karakter er registreringspraksissen mere ensartet på tværs af kommuner. Disse indsatstyper registrer ca. 9 ud af 10 kommuner i høj eller nogen grad.

Figur 3.13. PPR-ledernes vurdering af, hvorvidt det altid registreres, når et barn eller en ung modtager en PPR-indsats på tværs af indsatstyper



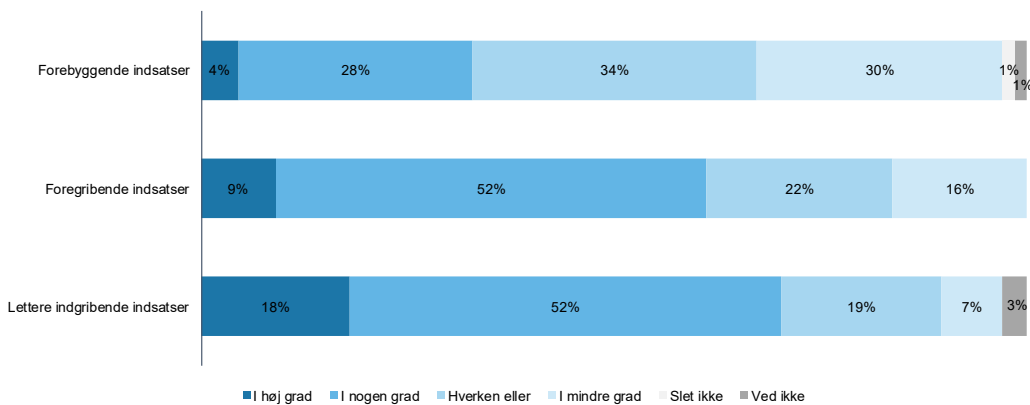
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

Kun 2 af de 10 casekommuner har fået opbygget en systematisk registreringspraksis, hvor ikke bare indsatser, men også henvendelser og indstillinger registreres.

Hvis man ser på, hvordan kommunerne bruger de data der registreres om indsatser til systematisk at følge op på virkningen af dem, tegner der sig ligeledes et billede af, at der følges mere systematisk op jo højere op på indsatstrappen, man kommer, jf. Figur 3.14 nedenfor.

Ligeledes fremgår det, at der er betydelig variation mellem kommunerne, især med hensyn til de forebyggende indsatser, hvor cirka en tredjedel følger systematisk op i høj eller nogen grad, en tredjedel har svaret "hverken eller" og en tredjedel følger op i mindre grad eller slet ikke. For indsatser af foregribende, lettere indgribende og behandlende karakter er billedet mere ensartet på tværs af kommuner, hvor ca. 6-7 ud af 10 kommuner følger op i nogen eller høj grad.

Figur 3.14. PPR-ledernes vurdering af, hvorvidt der følges systematisk op på virkningen af PPR-indsatser til børn og unge på tværs af indsatstyper

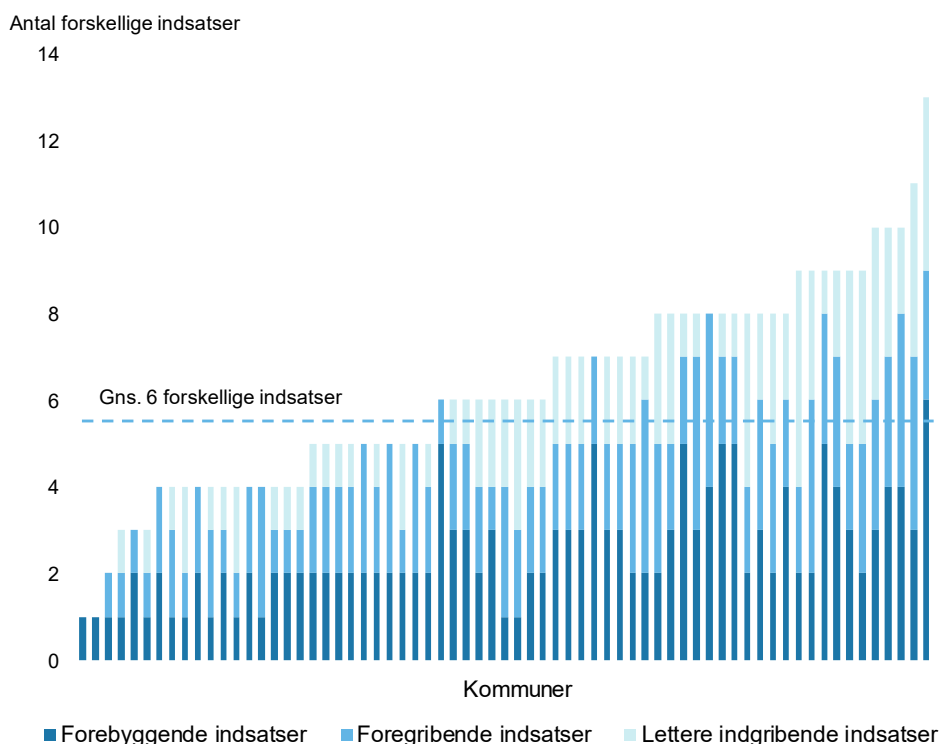


**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

De kommunale PPR's begrænsede registrerings- og opfølgingspraksis gør det vanskeligt at vurdere, hvor omkostningseffektive de forskellige indsatser er, fx ved anvendelse af SØM (Den Socialøkonomiske Investeringsmodel). SØM kræver en høj grad af modenhed i kommunernes registreringspraksis – både hvad angår præcise omkostningsdata for de forskellige indsatser, således at en enhedspris kan beregnes, og kvalificerede estimater for virkningen af indsatserne, hvilket er vanskeligt at tilvejebringe for de indsatser, der ikke er evidensbaserede, såsom angstgruppeforløbet "Cool Kids".

De følgende underafsnit beskriver PPR's forebyggende, foregribende og lettere indgribende indsatser mere detaljeret. Dette gøres primært med udgangspunkt i en kvalitativ kodning af kommunernes fritekstbesvarelser vedrørende, hvilke forebyggende, foregribende og lettere indgribende de har udbudt i det seneste år. I Figur 3.15 er de forskellige indsatser, der beskrives i disse fritekstbesvarelser, summeret for hver kommune. Det fremgår, at der er betydelig variation på tværs af kommuner, når det kommer til både det samlede antal af indsatser, der udbydes, og fordelingen indsatserne på de 3 trin på indsatstrappen.

Figur 3.15. Antal forskellige forebyggende, foregribende og lettere indgribende indsatser, kommunerne udbyder



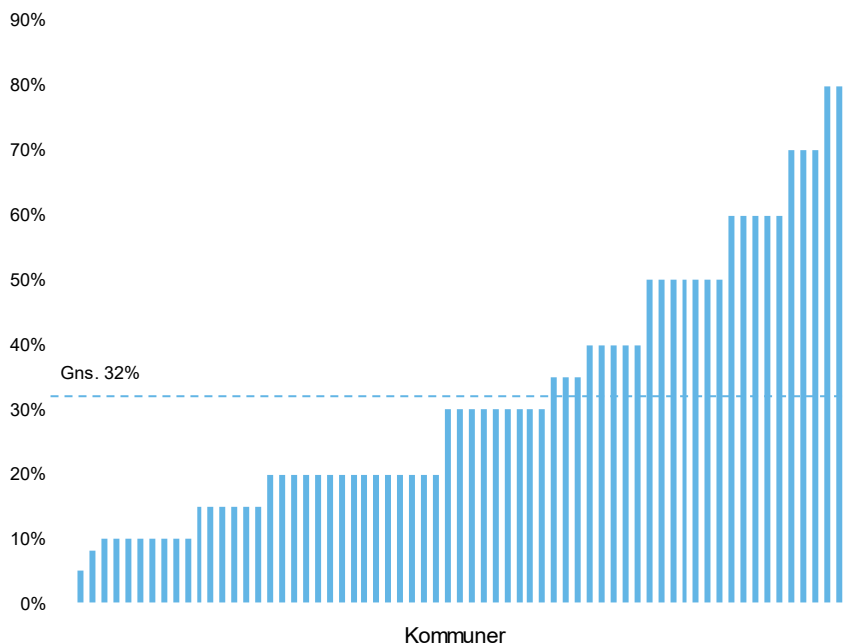
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67. Antallet af indsatser er baseret på fristekstbesvarelser fra PPR-lederne, som ikke nødvendigvis udgør en udtømmende liste af PPR-indsatser for den enkelte kommune. Det overordnede indtryk af kommunernes fristekstbesvarelser samt indsigter fra de 10 casebesøg giver dog grund til at tro, at der er tale om et forholdsvis præcist billede af kommunernes tilbudsvifter.

I alt har de deltagende kommuner angivet, at de udbyder 168 forebyggende indsatser, 144 foregribende indsatser og 105 lettere indgribende indsatser, svarende til et gennemsnit på 6,2 forskellige indsatser pr. kommune. Bemærk, at samme indsats ofte udbydes i flere kommuner, hvorfor ovenstående ikke er antallet af *forskellige* indsatser. Ovenstående giver en fordeling på 40% forebyggende indsatser, 35% foregribende indsatser og 25% lettere indgribende indsatser. Denne fordeling er således lidt anderledes, end når de samme PPR-ledere i spørgeskemaundersøgelsen vurderer fordelingen af antal *gennemførte* indsatser, jf. Figur 3.11.

### 3.6.2 Forebyggende indsatser

Det fremgår af Figur 3.11, at PPR's forebyggende indsatser i gennemsnit udgør 32% af de gennemførte indsatser i de kommunale PPR. Men ser man nærmere på variationen mellem kommunerne, viser der sig visse forskelle. Hvor cirka halvdelen af kommunernes PPR (32 ud af 67) har et relativt begrænset fokus på forebyggende indsatser med en andel på 0-25%, fylder de forebyggende indsatser over 50% i 11 kommuner, svarende til cirka en sjettedel af kommunerne.

Figur 3.16. Antal kommuner fordelt på, hvor stor en andel af deres PPR-indsatser der er forebyggende



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

I spørgeskemaundersøgelsen er PPR-lederne blevet bedt om i fritekstform at beskrive kommunens 2-3 primære forebyggende indsatser. Mange kommuner har beskrevet flere indsatser end det (op til 4-7 forskellige forebyggende indsatser).

De forskellige indsatser er grupperet i 3 hovedgrupper: indsatser rettet mod et barn, indsatser rettet mod forældre og indsatser rettet mod fagprofessionelle. Indsatser målrettet et barn vil ofte også involvere barnets forældre (især indsatser målrettet mindre børn), mens indsatser til forældre alene inddrager forældrene og ikke børn.

Bemærk, at kortlægningen i de følgende underafsnit bygger på PPR-ledernes besvarelser, og at der er forskel på, hvordan de fortolker indsatstrappen, hvorfor ikke alle typer af indsatser der nævnes i de følgende afsnit og figurerer nødvendigvis kan kategoriseres som forebyggende.

### **Forebyggende indsatser målrettet fagprofessionelle (56%<sup>24</sup>)**

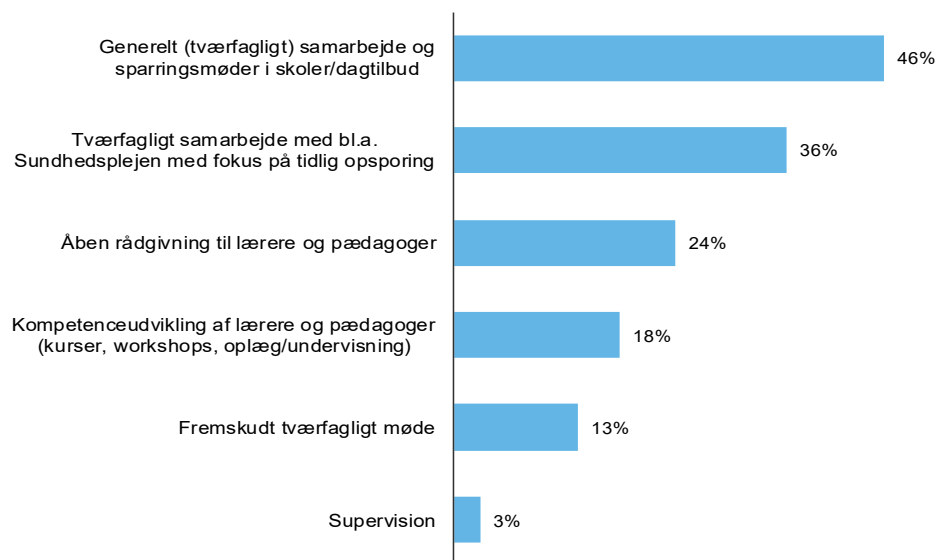
Ud over indsatser målrettet børn og forældre udgøres de forebyggende indsatser også af rådgivning, sparring og kompetenceudvikling af fagprofessionelle såsom lærere og pædagoger i skoler og dagtilbud. Denne gruppe af forebyggende indsatser er den største med 56% af de forebyggende indsatser [i kommunen?].

Den mest udbredte form for forebyggende indsats er forskellige typer af sparringsmøder i skoler og dagtilbud, som fremhæves af cirka halvdelen af kommunerne. Denne sparring kan både fokusere på generel trivsel og på mere specifikke udfordringer med børn eller grupper af børn. Den næstmest

<sup>24</sup> Baseret på antallet af forskellige forebyggende indsatser målrettet forskellige målgrupper identificeret i den kvalitative kodning af fritekstbesvarelserne.

udbredte forebyggende indsats målrettet fagprofessionelle er forskellige typer af tværfagligt samarbejde med sundhedsplejen om tidlig opsporing (fx med TOPI-metoden<sup>25</sup>).

Figur 3.17. Andelen af kommunale PPR, som tilbyder forskellige typer af forebyggende indsatser målrettet fagprofessionelle



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67. Fordelingen af indsatser er baseret på en kvalitativ kodning af fritekstbesvarelser fra PPR-lederne. Bemærk, at kommunerne fortolker indsatsstrappen forskelligt, hvorfor ikke alle ovenstående typer af indsatser nødvendigvis kan kategoriseres som forebyggende.

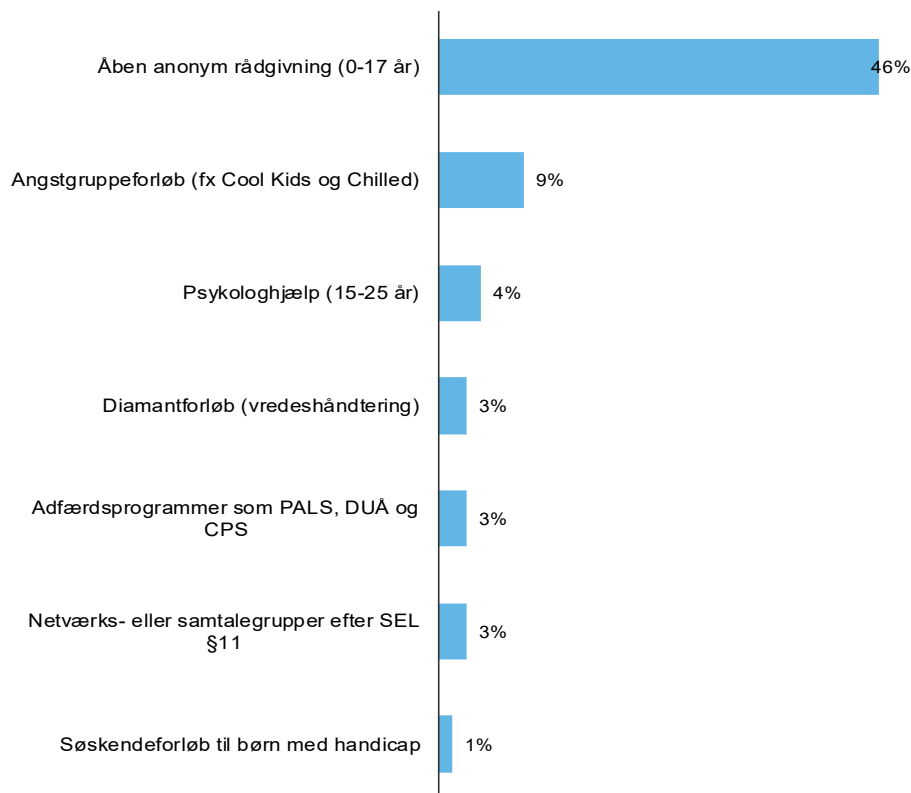
### Forebyggende indsatser målrettet barnet (26%<sup>26</sup>)

De forebyggende indsatser målrettet børn udgør i alt 26% af det samlede antal forebyggende indsatser i kommunerne. Indsatserne kan overordnet set grupperes i 7 hovedtyper af indsatser, hvilket fremgår af Figur 3.18 nedenfor. Åben anonym rådgivning er den klart mest udbredte forebyggende indsats målrettet barnet, som kommunerne tilbyder. 46% af kommunerne har fremhævet denne indsats som en af deres 2-3 primære forebyggende indsatser.

<sup>25</sup> TOPI (Tidlig Opsporing og Indsats) er en model, der er udviklet i fællesskab af en række kommuner, Socialstyrelsen og forskningsinstitutioner. TOPI anvendes i dag i flere danske kommuner som en metode til at forbedre det pædagogiske arbejde med trivsel på områderne sundhedspleje, dagtilbud, skole, SFO og tandplejen. Der arbejdes med det enkelte barns trivsel i dialog med forældrene. Relevante fagpersoner inddrages, når der er grund til et endnu tættere samarbejde om barnet.

<sup>26</sup> Baseret på antallet af forskellige forebyggende indsatser målrettet forskellige målgrupper identificeret i den kvalitative kodning af fritekstbesvarelserne.

Figur 3.18. Andelen af kommunale PPR, som tilbyder forskellige typer af forebyggende indsatser målrettet barnet



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67. Fordelingen af indsatser er baseret på en kvalitativ kodning af fritekstbesvarelser fra PPR-lederne. Bemærk, at kommunerne fortolker indsatsstrappen forskelligt, hvorfor ikke alle ovenstående typer af indsatser nødvendigvis kan kategoriseres som forebyggende.

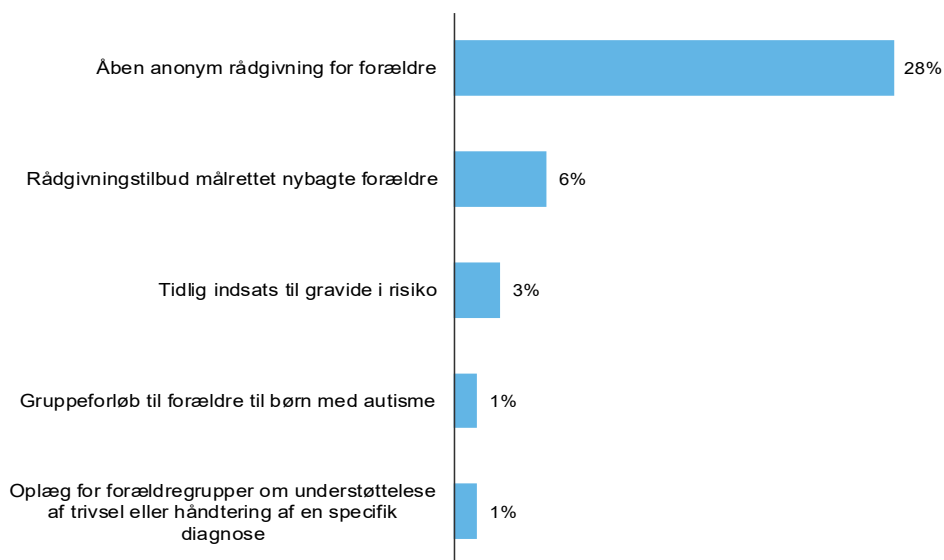
### Forebyggende indsatser målrettet forældre (19%<sup>27</sup>)

Som det fremgår af Figur 3.19 nedenfor tilbyder kommunerne også en række forebyggende indsatser målrettet forældre. Disse indsatser udgør 19% af det samlede antal forebyggende indsatser. I de forældrerettede indsatser er det også den åbne anonyme rådgivning, som er det mest udbredte tiltag<sup>28</sup>, mens enkelte kommuner også har fremhævet forskellige indsatser målrettet gravide og nybagte forældre.

<sup>27</sup> Baseret på antallet af forskellige forebyggende indsatser målrettet forskellige målgrupper identificeret i den kvalitative kodning af fritekstbesvarelserne.

<sup>28</sup> I mange kommuner er der en fælles åben anonym rådgivning for børn og forældre og i nogle tilfælde også fagprofessionelle (uden anonymitet).

Figur 3.19. Andelen af kommunale PPR, som tilbyder forskellige typer af forebyggende indsatser målrettet forældre

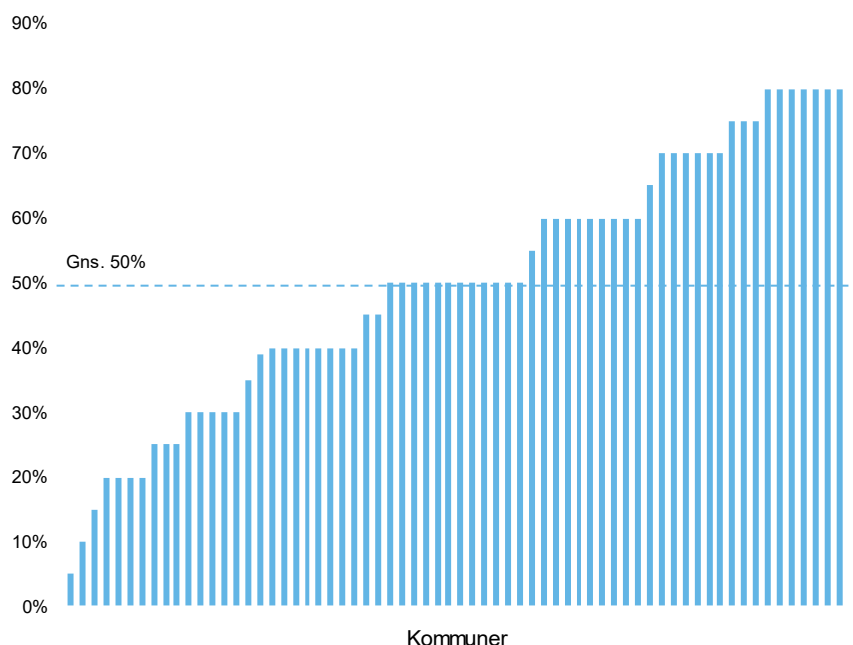


**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67. Fordelingen af indsatser er baseret på en kvalitativ kodning af fritekstbesvarelser fra PPR-lederne. Bemærk, at kommunerne fortolker indsatsstrappen forskelligt, hvorfor ikke alle ovenstående typer af indsatser nødvendigvis kan kategoriseres som forebyggende.

### 3.6.3 Foregribende indsatser

Det fremgår af Figur 3.11, at PPR's foregribende indsatser i gennemsnit udgør halvdelen af de gennemførte indsatser i de kommunale PPR. Men ser man nærmere på variationen mellem kommunerne, viser der sig betydelige forskelle. Hvor de foregribende indsatser udgør maksimalt 25% af de gennemførte indsatser i 10 ud af 67 kommuner, udgør de mindst 75% i 8 andre kommuner i den anden ende af spektret.

Figur 3.20. Antal kommuner fordelt på, hvor stor en andel af deres PPR-indsatser der er foregribende



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

Ligesom for de forebyggende indsatser er PPR-lederne blevet bedt om i fritekstform at beskrive kommunens 2-3 primære foregribende indsatser. Mange kommuner har ligesom for de forebyggende indsatser beskrevet betydeligt flere, således at der ofte nævnes op til 4-6 forskellige foregribende indsatser.

Ligesom de forebyggende indsatser er de indgribende indsatser grupperet i 3 hovedgrupper: indsatser rettet mod et barn, indsatser rettet mod forældre og indsatser rettet mod fagprofessionelle.

Bemærk, at kortlægningen i de følgende underafsnit bygger på PPR-ledernes besvarelser, og at der er forskel på, hvordan de fortolker indsatsstrappen, hvorfor ikke alle typer af indsatser der nævnes i de følgende afsnit og figurerer nødvendigvis kan kategoriseres som foregribende.

### **Foregribende indsatser målrettet fagprofessionelle (54%<sup>29</sup>)**

Ud over indsatser målrettet børn og forældre udgøres de foregribende indsatser også af rådgivning, sparring, supervision og kompetenceudvikling af fagprofessionelle såsom lærere og pædagoger i skoler og dagtilbud. Denne gruppe af foregribende indsatser er den største med 54% af de foregribende indsatser [i kommunen?].

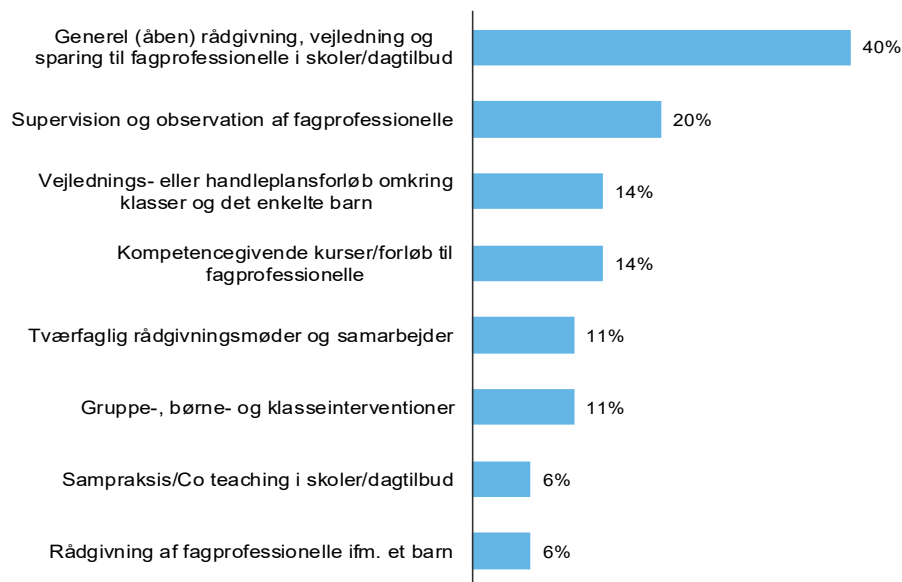
Som det fremgår af Figur 3.21 nedenfor er den mest udbredte form for foregribende indsats målrettet fagprofessionelle forskellige typer af sparringsmøder og åbne rådgivninger i skoler og dagtilbud, som fremhæves af 40% af kommunerne. Den næstmest udbredte indsats er supervision og observation af fagprofessionelle i fx en klasserumssituation og eventuelt

<sup>29</sup> Baseret på antallet af forskellige foregribende indsatser målrettet forskellige målgrupper identificeret i den kvalitative kodning af fritekstbesvarelserne.



efterfølgende rådgivning eller udarbejdelse af handleplaner på baggrund af observationen. Denne indsatsstype fremhæves af en femtedel af kommunerne.

Figur 3.21. Andelen af kommuner, som tilbyder forskellige typer af forebyggende indsatser målrettet fagprofessionelle



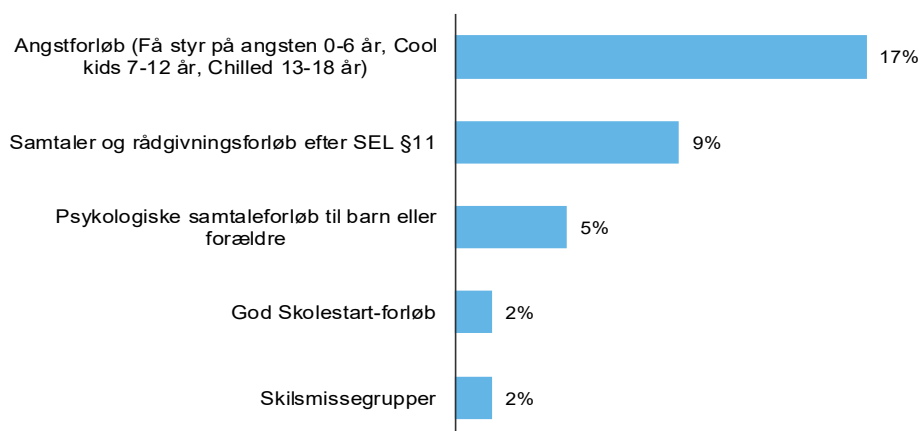
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67. Fordelingen af indsatser er baseret på en kvalitativ kodning af fritekstbesvarelser fra PPR-lederne. Bemærk, at kommunerne fortolker indsatsstrappen forskelligt, hvorfor ikke alle ovenstående typer af indsatser nødvendigvis kan kategoriseres som foregribende.

### Foregribende indsatser målrettet barnet (15%<sup>30</sup>)

De foregribende indsatser målrettet børn udgør i alt 15% af det samlede antal foregribende indsatser i kommunerne. Indsatserne kan overordnet set grupperes i 5 hovedtyper af indsatser. Som det fremgår af Figur 3.22 nedenfor er den mest udbredte indsatstype gruppeangstforløb såsom "Få styr på angsten", "Cool Kids" og "Chilled", som 17% af kommunerne har angivet som en foregribende indsats, de tilbyder.

<sup>30</sup> Baseret på antallet af forskellige foregribende indsatser målrettet forskellige målgrupper identificeret i den kvalitative kodning af fritekstbesvarelserne.

Figur 3.22. Andelen af kommuner, som tilbyder forskellige typer af forebyggende indsatser målrettet barnet



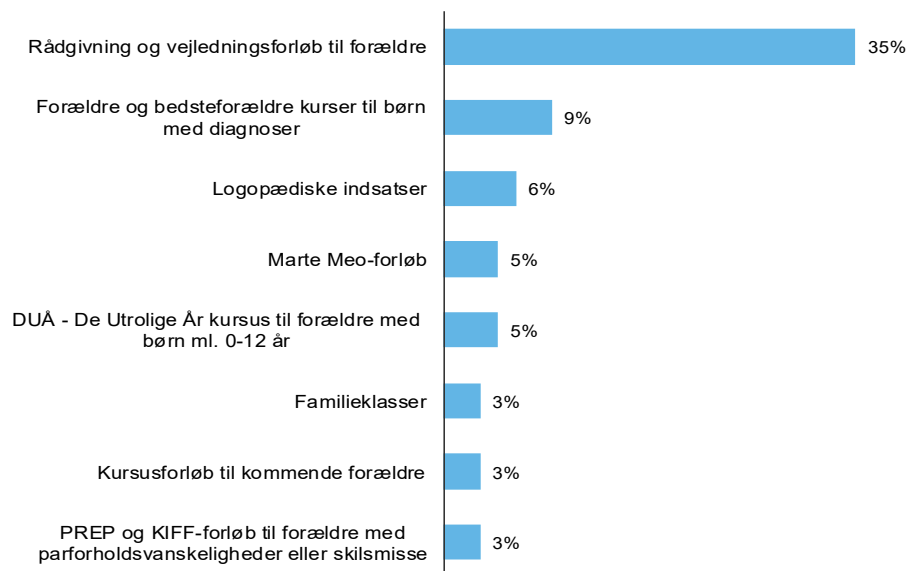
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67. Fordelingen af indsatser er baseret på en kvalitativ kodning af fritekstbesvarelser fra PPR-lederne. Bemærk, at kommunerne fortolker indsatsstrappen forskelligt, hvorfor ikke alle ovenstående typer af indsatser nødvendigvis kan kategoriseres som foregribende.

### Foregribende indsatser målrettet forældre (31%<sup>31</sup>)

De foregribende indsatser målrettet forældre udgør i alt 31% af det samlede antal foregribende indsatser i kommunerne. Indsatserne kan overordnet set grupperes i 8 hovedtyper af indsatser. Som det fremgår af Figur 3.23 nedenfor er den mest udbredte indsatstype forskellige typer af generelle rådgivnings- og vejledningsforløb til forældre, som 35% af kommunerne har angivet som en primær foregribende indsats, de tilbyder.

<sup>31</sup> Baseret på antallet af forskellige foregribende indsatser målrettet forskellige målgrupper identificeret i den kvalitative kodning af fritekstbesvarelserne.

Figur 3.23. Andelen af kommuner, som tilbyder forskellige typer af forebyggende indsatser målrettet forældre

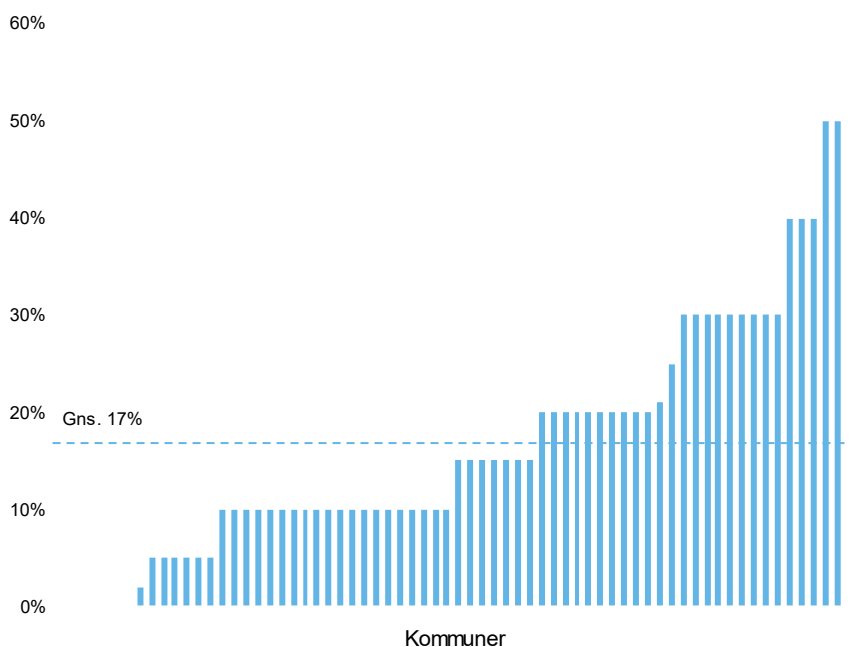


**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67. Fordelingen af indsatser er baseret på en kvalitativ kodning af fritekstbesvarelser fra PPR-lederne. Bemærk, at kommunerne fortolker indsatsstrappen forskelligt, hvorfor ikke alle ovenstående typer af indsatser nødvendigvis kan kategoriseres som foregribende.

### 3.6.4 Lettere indgribende indsatser

Det fremgår af Figur 3.11, at PPR's lettere indgribende indsatser i gennemsnit udgør cirka en sjettedel af de gennemførte indsatser i de kommunale PPR. Men ser man nærmere på variationen mellem kommunerne, viser der sig mindre forskelle, jf. Figur 3.24 nedenfor.

Figur 3.24. Antal kommuner fordelt på, hvor stor en andel af deres PPR-indsatser der er lettere indgribende



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67

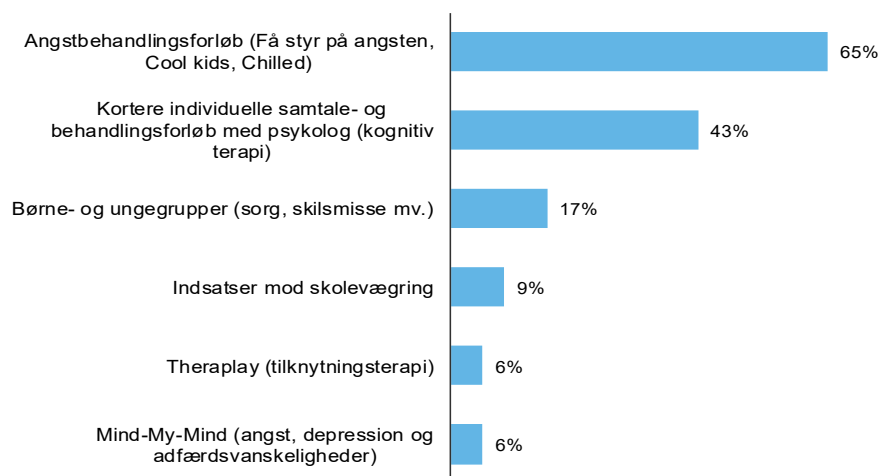
De lettere indgribende indsatser kan alene grupperes i henholdsvis børne- og forældrerettede, hvilket fremgår nedenfor.

### Lettere indgribende indsatser målrettet barnet (76%<sup>32</sup>)

De lettere indgribende indsatser målrettet børn udgør i alt 76% af det samlede antal lettere indgribende indsatser i kommunerne. Indsatserne kan overordnet set grupperes i 6 hovedtyper af indsatser, jf. Figur 3.25. Gruppeangstbehandlingsforløb såsom "Få styr på angsten", "Cool Kids" og "Chilled" er den mest udbredte type af lettere indgribende indsats, de kommunale PPR tilbyder med 65%. Hertil skal lægges de kommuner, der har kategoriseret det som enten forebyggende eller foregribende, jf. ovenstående.

<sup>32</sup> Baseret på antallet af forskellige foregribende indsatser målrettet forskellige målgrupper identificeret i den kvalitative kodning af fritekstbesvarelserne.

Figur 3.25. Andelen af kommuner, som tilbyder forskellige typer af forebyggende indsatser målrettet barnet

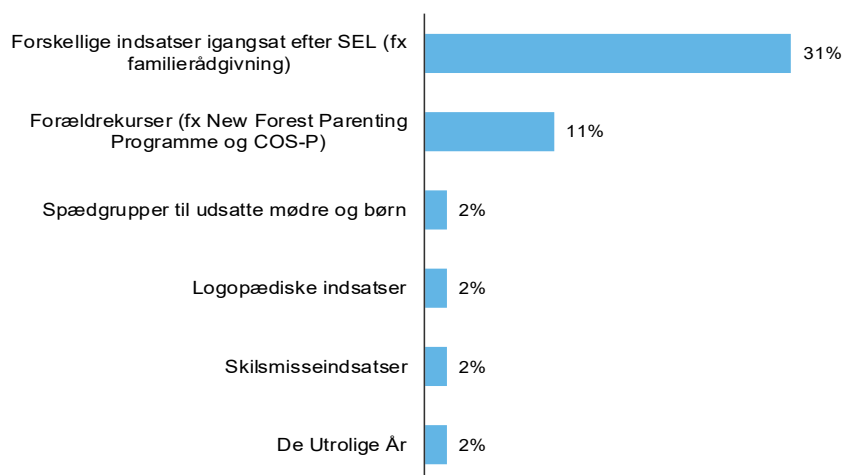


**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67. Fordelingen af indsatser er baseret på en kvalitativ kodning af fritekstbesvarelser fra PPR-lederne. Bemærk, at kommunerne fortolker indsatsstrappen forskelligt, hvorfor ikke alle ovenstående typer af indsatser nødvendigvis kan kategoriseres som lettere indgribende.

### Lettere indgribende indsatser målrettet forældre (24%<sup>33</sup>)

De lettere indgribende indsatser målrettet forældre udgør i alt 24% af det samlede antal lettere indgribende indsatser i kommunerne. Indsatserne kan overordnet set grupperes i 6 hovedtyper af indsatser, jf. Figur 3.26 nedenfor. Den mest udbredte type af lettere indgribende indsats til forældre er forskellige typer af indsatser igangsat efter serviceloven såsom familierådgivning. Den næstmest udbredte forældreindsats er forskellige typer af forældrekurser, fx NFFP (New Forest Parenting Programme).

Figur 3.26. Andelen af kommuner, som tilbyder forskellige typer af forebyggende indsatser målrettet forældre



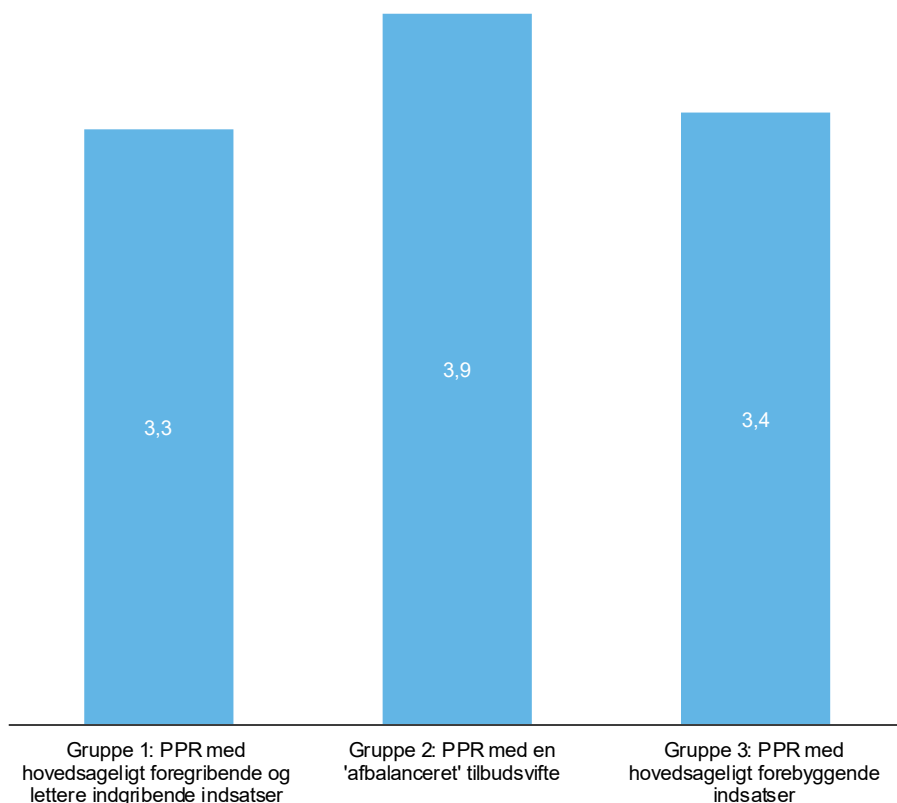
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67. Fordelingen af indsatser er baseret på en kvalitativ kodning af fritekstbesvarelser fra PPR-lederne. Bemærk, at kommunerne fortolker indsatsstrappen forskelligt, hvorfor ikke alle ovenstående typer af indsatser nødvendigvis kan kategoriseres som lettere indgribende.

<sup>33</sup> Baseret på antallet af forskellige foregribende indsatser målrettet forskellige målgrupper identificeret i den kvalitative kodning af fritekstbesvarelserne.

### 3.6.5 Tilbudsviftens bredde og tilbudsviftens behovsdækning

Som det fremgår af de foregående afsnit, er der mellem kommunerne stor forskel på, hvor på indsatsstrappen PPR har flest indsatser (selvom det bemærkes, at en del af variationen kan skyldes forskellige fortolkninger af trinnene på indsatsstrappen). I Figur 3.27 er kommunerne inddelt i 3 grupper, alt efter hvor stor en andel af deres PPR-indsatser PPR-lederen har vurderet er forebyggende versus foregribende/lettere indgribende<sup>34</sup>. Derefter er PPR-ledernes vurdering af, i hvor høj grad PPR's tilbudsvifte matcher målgruppens behov omsat til en skala fra 1-5, hvor 1 er "Meget uenig" og 5 er "Meget enig".

Figur 3.27. PPR-ledernes vurdering på en skala fra 1-5 af i hvor høj grad PPR's tilbudsvifte matcher målgruppens behov fordelt på 3 grupper af kommuner med varierende andel forebyggende versus foregribende og lettere indgribende indsatser



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 67. Opdelingen af kommunerne i de 3 grupper er foretaget, så der er 2 grupper af kommuner, som ligger i hver sin ende af spektret samt et bredt midterfelt. Gruppe 1 består af 11 kommuner med 0-10% forebyggende indsatser og 90-100% foregribende eller lettere indgribende indsatser. Gruppe 2 består af 45 kommuner med 11-59% forebyggende indsatser og 41-89% foregribende eller lettere indgribende indsatser. Gruppe 3 består af 11 kommuner med 60-95% forebyggende indsatser og 5-30% foregribende eller lettere indgribende indsatser.

Som det fremgår af figuren ovenfor, svarer PPR-lederne i det brede midterfelt af kommuner, som tilbyder både forebyggende og foregribende/lettere indgribende indsatser i et vist omfang, i højere grad, at PPR's tilbudsvifte matcher målgruppens behov, end de 2 grupper af yderpolkommuner, der

<sup>34</sup> For overblikkets skyld er foregribende og lettere indgribende slået sammen her, da disse typer indsatser til en vis grad er overlappende, men ofte væsensforskellige fra de mere generelle forebyggende indsatser.

enten fokuserer meget entydigt på forebyggende indsatser eller fokuserer meget entydigt på foregribende og lettere indgribende indsatser.

### Boks 3.1. Centrale fund i kapitlet

- I langt de fleste kommuner er **PPR en selvstændig økonomisk enhed** (71%) med egen leder og budget, som primært bruger penge på lønudgifter.
- Det samlede nationale ressourceforbrug estimeres til 3.673 årsværk, svarende til 2 mia.kr.
- Det gennemsnitlige kommunale PPR-forbrug pr. 0-18-årig i kommunen ligger på 1.582 kr. om året.
- PPR-lederne vurderer, at ca. 2/3 af PPR-medarbejdernes tid går med **lovgivningsbestemte opgaver** i henhold til folkeskoleloven.
- Fordeles medarbejdernes tid på opgavetyper, vurderer PPR-lederne, at det særligt er individuel udredning (21%) og rådgivning og supervision af fagprofessionelle (17%), som fylder i det samlede tidsforbrug.
- Fagligt består næsten alle **PPR-enheder af psykologer og logopæder** (96%), mens over halvdelen har administrative medarbejdere, pædagoger og pædagogiske konsulenter ansat. Stort set alle har minimum 3 fagligheder ansat, mens over halvdelen har en **faglig bredde på minimum 5 fagligheder**.
- PPR-lederne vurderer generelt, at deres medarbejdere har de nødvendige **kompetencer til at varetage de forskellige opgavetyper**, men det største forbedringspotentiale fremgår, når det kommer til lettere behandling og klasserumsinterventioner.
- Flere kommuner i yderområderne nævner dog, at de oplever **rekrutterings- og fastholdelsesproblemer** og ofte er nødt til at besætte stillinger med helt nyuddannede og uerfarne psykologer. Det er dog de færreste kommuner, som køber **ydelser eksternt**.
- Et overvejende flertal af PPR-lederne (70%) mener, at PPR-enheden har en **velbeskrevet tilbudsvifte**, mens kun halvdelen oplever, at denne matcher målgruppens behov.
- PPR-enhederne har generelt et varieret udbud af indsatser. Men der lader til at være store forskelle, når det kommer til PPR-ledernes vurdering af, hvilket **trin på indsatsstappen** som fylder mest i tilbudsviften (selvom forskellige tolkninger af trinnene på indsatsstappen også kan have spillet ind). I gennemsnit fylder de foregribende indsatser halvdelen, mens lettere indgribende indsatser fylder mindst (17%).
- **PPR-enhedernes tilbudsvifter** er meget forskellige, men der er enkelte indsatser, som går igen på tværs. Forebyggende er det særligt åbne rådgivningstilbud og supervision af fagprofessionelle, mens foregribende og lettere indgribende indsatser ofte er angstforløb, psykologsamtaler og foranstaltninger i henhold til serviceloven.
- **Angstgruppeforløb** som "Få styr på angsten" (0-6 år), "Cool Kids" (7-12 år) og "Chilled" (13-18 år) er de klart mest udbredte indsatser i PPR, som over halvdelen af kommunerne tilbyder.
- **Dokumentation og opfølgning** er ifølge spørgeskemaet udbredt for de foregribende og lettere indgribende indsatser, mens casestudierne generelt vidner om mangel på systematik.

# 4 Lettere behandlingstilbud

Dette kapitel beskriver, hvordan PPR tilbyder lettere behandling i dag for så vidt angår omfang, behov, primære målgrupper, forudsætninger, barrierer og potentialer for øget udbredelse.

Som det fremgår af afsnit 1.4, anvendes der i denne undersøgelse en bred definition af lettere behandling, som omfatter alle indsatser, der tager udgangspunkt i et specifikt barn eller ung med psykiske udfordringer, herunder også rådgivning og støtte til familien samt rådgivning, støtte og sparring til fagprofessionelle omkring barnet eller den unge. Definitionen af lettere behandling omfatter dog ikke udredning (herunder udarbejdelse af PPV'er) og visitation. Bemærk, at denne definition adskiller sig fra arbejdsgruppens nuværende definition af lettere behandling<sup>35</sup>.

På baggrund af denne definition vurderer vi, at alle de indsatser der beskrives som lettere indgribende i afsnit 3.6.4, hovedparten af de indsatser der beskrives som foregribende indsatser i afsnit 3.6.3, og enkelte af de indsatser der beskrives som forebyggende indsatser i afsnit 3.6.2 kan kategoriseres som lettere behandlingstilbud. I angivelsen af den relative andel af tidsforbruget, der udgøres af lettere behandling i dag, får man dog det indtryk, at PPR-lederne kan have anvendt en lidt smallere definition af lettere behandling i angivelsen af deres estimater, jf. nedenstående.

---

<sup>35</sup> <sup>35</sup> "Lettere behandling forstås som en helhedsorienteret indsats med en indledende tidlig vurdering af barnet efterfulgt af en lettere behandlingsindsats, der matcher behov og ressourcer hos barnet/den unge, herunder graden af problemudviklingen.

Uddybende: Arbejdsgruppen vurderer på baggrund af vidensgrundlaget at lettere behandling bør tage udgangspunkt i en terapeutisk baseret indsats, som på struktureret vis hjælper barnet/den unge med at håndtere psykiske vanskeligheder, fx indsatser baseret på kognitiv adfærdsterapi, narrativ terapi eller mentaliseringsbaseret terapi. Behandlingsindsatsen skal være målrettet det enkelte barn/den unge, hvilket både kan ske ved, at indsatsen er direkte målrettet barnet/den unge eller indirekte målrettet barnet/den unge (fx behandlingsindsatser med fokus på hjælp til selvhjælp målrettet barnets/den unges forældre). De lettere behandlingsindsatser, som målrettes barnet/den unge, kan eksempelvis omfatte kortvarige individuelle samtaleforløb, selvhjælpskurser og programmer, hvor forældrene inddrages i indsatsen, eller psykoterapeutisk behandling af barnet/den unge (enten i gruppe eller individuelt). Indsatsen målrettes ud over barnet/den unge som udgangspunkt også barnets/den unges omgivende miljø (herunder familie, lærere, pædagoger og gruppefællesskaber), så indsatsen til at afhjælpe barnets/den unges vanskeligheder også integreres i barnets/den unges omgivende miljø og hverdag.

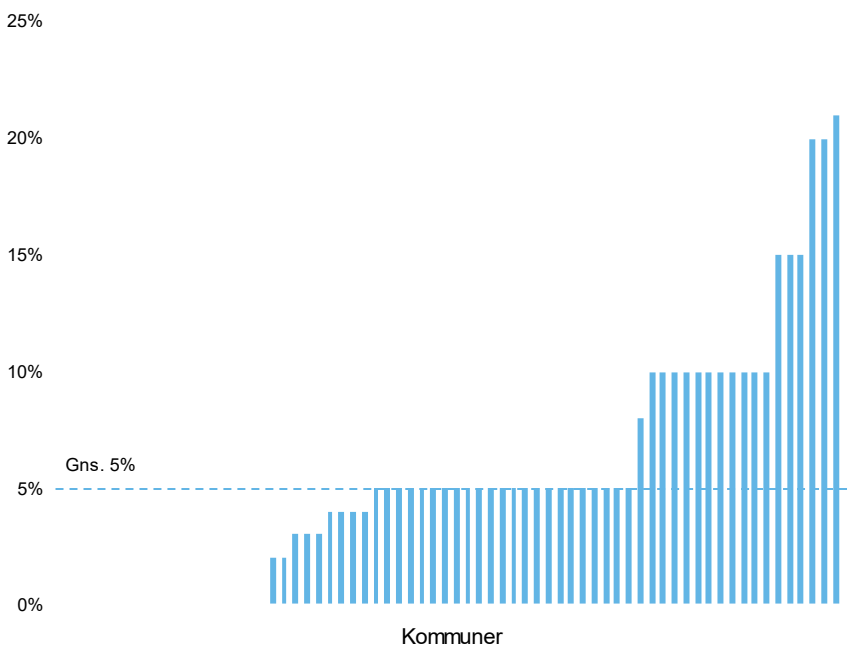
Det er afgørende for effekten af den lettere behandlingsindsats, at man som udgangspunktet inddrager barnets/den unges omgivende miljø, således at den helhedsorienterede indsats, som også omfatter relevante understøttende indsatser, integreres på tværs af familie, gruppefællesskaber og fagprofessionelle i barnets/den unges miljø."



#### 4.1 Lettere behandlingstilbud i kommunerne i dag

Som det fremgår af Figur 4.1 nedenfor, viser spørgeskemaundersøgelsen, at lettere behandling kun udgør en meget begrænset del af PPR's opgaveportefølje i de fleste kommuner. Der er dog en vis variation på tværs af kommunerne: cirka en fjerdedel har angivet, at lettere behandling udgør 0% af deres arbejde<sup>36</sup>, cirka halvdelen har svaret 2-5% og for den sidste fjerdedel udgør lettere behandling 8-21% af arbejdstiden.

Figur 4.1. PPR-ledernes angivelse af, hvor stor en del deres medarbejders arbejdstid, der går med lettere behandling



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 68

På baggrund af PPR-ledernes vurderinger af den relative andel af tidsforbruget, der anvendes til lettere behandling, jf. ovenstående figur, kan det samlede nationale ressourceforbrug på lettere behandling i PPR estimeres til ca. 225 årsværk, svarende til ca. 130 mio.kr. i årlige lønomkostninger<sup>37</sup>.

Af Figur 4.2 fremgår det, at de kommunale PPR-enheder, der tilbyder lettere behandling, ofte har et tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien

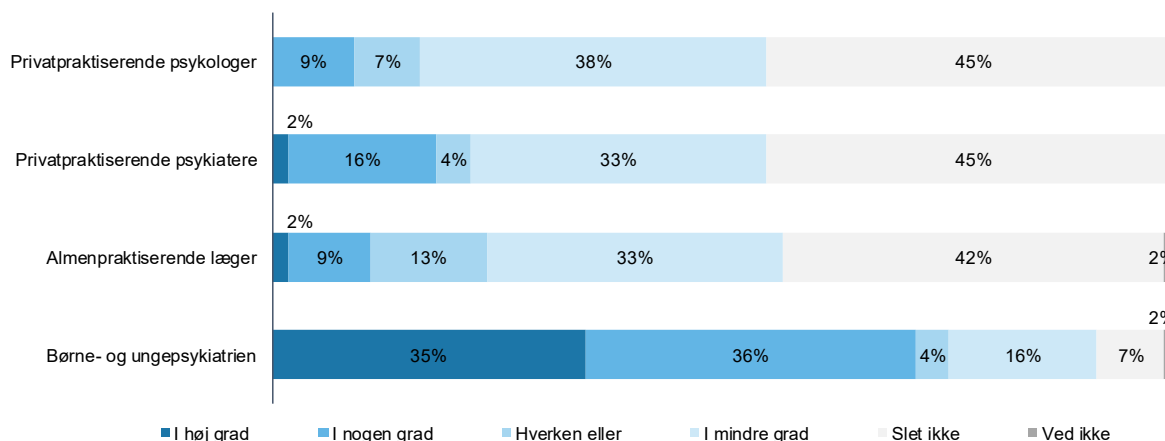
<sup>36</sup> Der er dog ikke fuldt ud overensstemmelse mellem PPR-ledernes besvarelser af spørgsmålene i spørgeskemaundersøgelsen, hvor 26% har angivet, at de bruger 0% af arbejdstiden på lettere behandling, mens 15% har angivet, at de **ikke** tilbyder indsatser, der kan kategoriseres som lettere behandling.

<sup>37</sup> Bemærk, at estimerterne for ressourceforbruget til lettere behandling er behæftet med en vis usikkerhed. Dels bygger de på PPR-ledernes bedste skøn for den relative fordeling af deres medarbejders tidsforbrug (der er ikke tale om registreringer), dels er den gennemsnitlige angivelse på 5% af ressourceforbruget sandsynligvis udtryk for en relativ smal definition af lettere behandling, da PPR-lederne også skulle fordele tidsforbruget på en række tilstødende og potentielt overlappende opgaver, herunder "Rådgivning af forældre", "Rådgivning, supervision eller sparring med andre fagprofessionelle om specifikt barn/ung" og "Klasserumsinterventioner/understøtte og udvikle læringsmiljøer i specifik klasse". Denne definitions mæssige usikkerhed kommer også til udtryk ved, at kun 15% af PPR-cheferne har angivet, at de ikke tilbyder indsatser, der kan kategoriseres som lettere behandling, mens 26% har angivet ressourceforbruget på lettere behandling til 0%. Det bemærkes desuden, at gennemsnitsprisen på et psykologårsværk er anvendt til beregningen, da det typisk vil være denne medarbejdergruppe, der varetager behandlingsopgaverne i PPR.

herom, idet 71% af PPR-lederne vurderer, at de i høj eller nogen grad samarbejder med børne- og ungdomspsykiatrien på dette område.

Omvendt forholder det sig for samarbejdet med privatpraktiserende psykiatere og psykologer samt alment praktiserende læger, hvor henholdsvis 78%, 75% og 83% af PPR-lederne svarer, at de i mindre grad eller slet ikke samarbejder om lettere behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel.

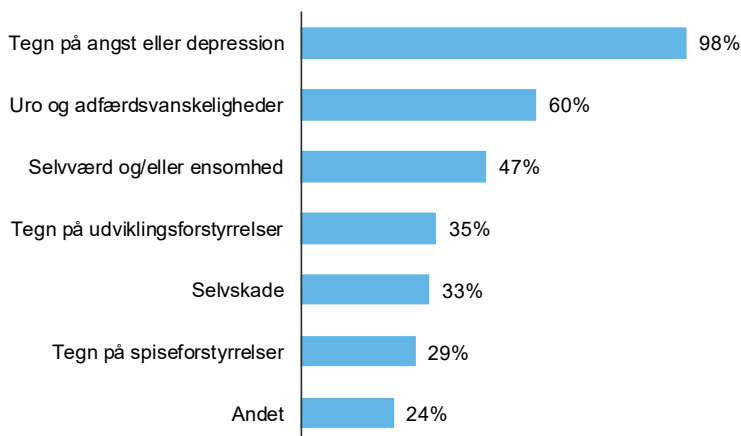
Figur 4.2. PPR-ledernes angivelse af, hvorvidt PPR samarbejder med sundhedsfaglige samarbejdspartnere om lettere behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 55

Figur 4.3 nedenfor viser, hvilke typer af psykiske problemstillinger de kommunale PPR tilbyder lettere behandling til. Næsten alle de kommuner, der tilbyder lettere behandling, har angivet, at de har indsatser målrettet børn og unge med tegn på angst eller depression (98%), mens uro og adfærdsvanskeligheder udgør 60% og selvværd og/eller ensomhed udgør 47% af kommunerne.

Figur 4.3. PPR-ledernes angivelse af, hvilke områder der tilbydes lettere behandling indenfor



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 55

Dette billede stemmer overens med gennemgangen i afsnit 3.6, hvor kommunerne i særlig grad har fremhævet forskellige typer af angstforløb såsom "Cool Kids" og "Få styr på angsten" som eksempler på foregribende og lettere indgribende indsatser. Ud fra kortlægningen af indsatser i afsnit 3.6 vurderer vi, at langt hovedparten af de 98% vedrører lettere behandling af angstproblematikker, og at andelen er betydeligt lavere for behandling af depression. Både fritekstbesvarelser i spørgeskemaundersøgelsen samt indsigter fra casebesøg afdækker, at flere kommuner har vanskeligt ved at håndtere depression og savner relevante evidensbaserede indsatser målrettet depression.

Cirka en fjerdedel af kommunerne (jf. figuren ovenfor) tilbyder lettere behandling af andre typer af psykisk mistrivsel blandt børn og unge, herunder blandt andet misbrug, krisehjælp ved særlige hændelser, fastholdelse på ungdomsuddannelse, sorg, skolevægring, skilsmisseproblematikker og tilknytningsproblemer.

# 5 Implementering af lettere behandling

I dette kapitel afdækkes opmærksomhedspunkter og barrierer for udbredelsen af lettere behandling i kommunernes PPR og forskelle i kommunernes forudsætninger.

I dette kapitel præsenteres resultaterne af en række kvantitative og kvalitative analyser baseret på datamaterialet fra henholdsvis spørgeskemaundersøgelsen og casestudierne i undersøgelsens første del. Således har kortlægningen af PPR-området i kommunerne også givet indsigt i en række forhold, som er relevante for implementering af lettere behandling samt udbredelse og styrkelse af denne fremadrettet.

Kapitlet giver først et overblik over dels PPR-ledernes vurdering af, om de på nuværende tidspunkt har forudsætninger for at udbrede lettere behandling i PPR, dels deres vurdering af, hvilke parametre der udgør de største barrierer for implementeringen. Derefter behandles disse parametre i 3 tematiske afsnit vedrørende PPR's:

1. Ressourcer/økonomi og øvrige opgaver
2. Personalesammensætning og kompetencer
3. Organisering og samarbejdsrelationer

Hvert af disse 3 afsnit belyser parametrenes betydning fra 3 analysevinkler:

1. Hvad kendetegner de PPR, der allerede i dag udbyder lettere behandling, versus de kommuner, der ikke gør i forhold til en given parameter (har PPR med lettere behandling fx oftere en bestemt organiseringstype)?
2. Hvad er sammenhængen mellem PPR-ledernes egne vurderinger af, hvorvidt en parameter udgør en barriere og deres nuværende udgangspunkt i forhold til den givne parameter (er andelen af PPR-ledere, der ser organisering som en barriere fx højere for PPR med en bestemt organiseringstype)?
3. Hvordan forklarer PPR-lederne, at de forskellige parametre kan udgøre en barriere for udbredelsen af lettere behandling i PPR?

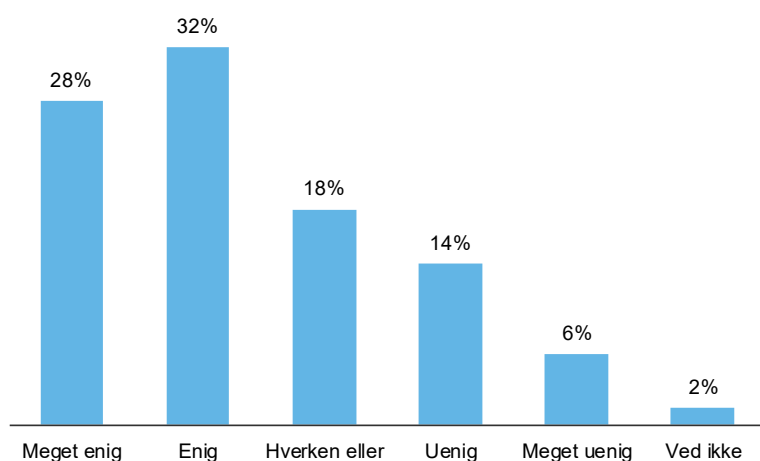
Afslutningsvis analyserer vi, hvilken rolle kommunestørrelse spiller i forhold til betydningen af de enkelte parametre for udbredelsen af lettere behandling i PPR.

## 5.1 PPR-ledernes vurdering af egne forudsætninger og barrierer for udbredelsen af lettere behandling i dag

PPR-lederne er blevet bedt om at vurdere, hvorvidt deres nuværende organisering, ressourcer, kompetencer, øvrige opgaver og samarbejdsrelationer giver gode forudsætninger for at øge brugen af lettere behandling i PPR-regi.

Af Figur 5.1 nedenfor fremgår det, at 6 ud af 10 PPR-ledere erklærer sig enige eller meget enige i, at den nuværende tilrettelæggelse af PPR-arbejdet i deres kommune overordnet set giver gode forudsætninger, mens 2 ud af 10 er uenige eller meget uenige.

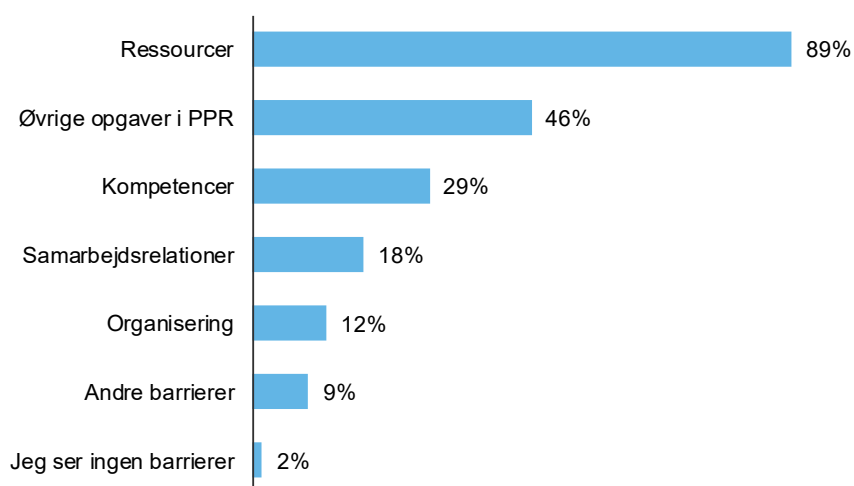
Figur 5.1. PPR-ledernes vurdering af, hvorvidt den nuværende tilgang til PPR giver gode forudsætninger for at øge brugen af lettere behandling i PPR-regi



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 55

Af Figur 5.2 nedenfor fremgår det, hvad PPR-lederne vurderer, der udgør en barriere for øget anvendelse af lettere behandling.

Figur 5.2. Andelen af PPR-ledere, der betragter et givent element som en barriere for øget implementering af lettere behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel i PPR-regi (det har været muligt at sætte flere kryds)

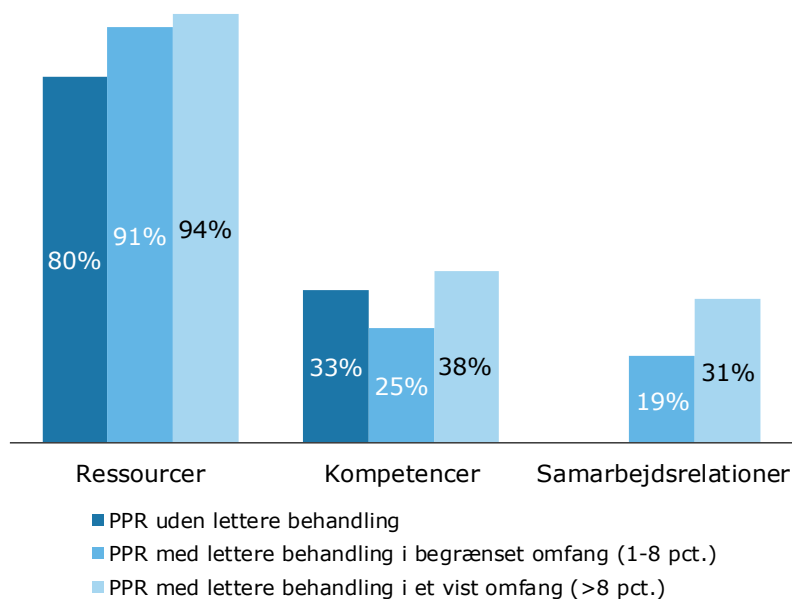


**Kilde:** Landsdækkende spørgeskema til PPR-ledere. **Note:** n = 55

Af figuren fremgår det, at især ressourcer (89%) og øvrige opgaver i PPR (46%) er en udfordring, mens kompetencer (29%), samarbejdsrelationer (18%) og organisering (12%) kun er en barriere i en mindre andel kommuner. Kun 2% af PPR-lederne ser ingen barrierer for en øget implementering af lettere behandlingstilbud i PPR.

Deler man kommunerne op i 3 grupper efter, hvor stor en del af PPR's opgaveportefølje der udgøres af lettere behandling, træder interessante sammenhænge frem.

Figur 5.3. Andelen af PPR-ledere, der betragter et givent element som en barriere for øget implementering af lettere behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel i PPR-regi, fordelt på kommuner med varierende omfang af lettere behandling



Figur 5.3 ovenfor viser en tendens til, at de kommuner, der allerede i dag tilbyder lettere behandling, ser flere barrierer for øget implementering end de kommuner, der i dag slet ikke har erfaring med lettere behandling. Dette kan indikere, at nogle barrierer først bliver synlige under implementeringen.

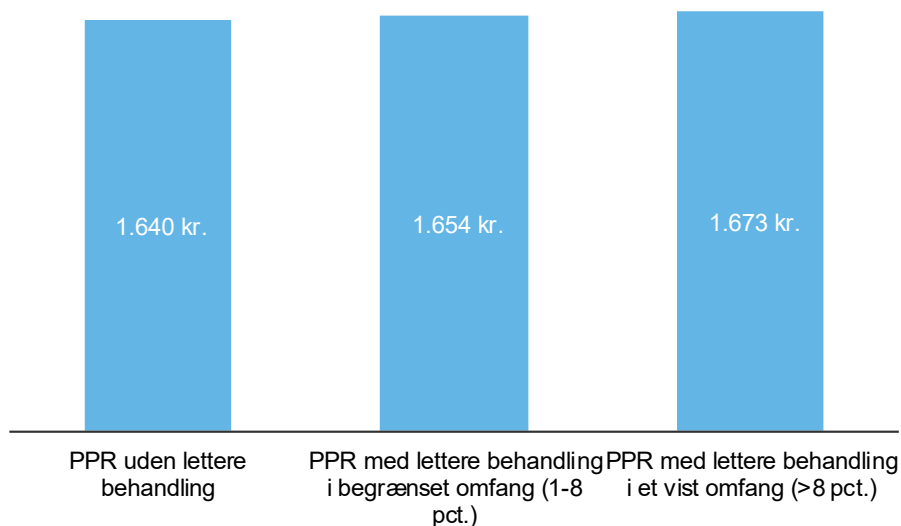
I de følgende tematiske underafsnit vil ovenstående parametre blive analyseret i 3 hovedtemaer, hvor ressourcer og øvrige opgaver er slået sammen, ligesom samarbejdsrelationer og organisering er det. Dette skyldes, at disse parametre er nært forbundne og derfor mest meningsfuldt kan undersøges samlet.

## 5.2 PPR's ressourcer/økonomi og øvrige opgaver

### 5.2.1 Omfang af lettere behandling og ressourceforbrug

Figur 5.4 viser det årlige ressourceforbrug for PPR for 3 grupper af kommuner opdelt efter, hvor meget lettere behandling fylder i PPR's samlede opgaveportefølje.

Figur 5.4. Kommunernes årlige ressourceforbrug på PPR pr. 0-18-årig tre grupper af kommuner med varierende anvendelse af lettere behandling



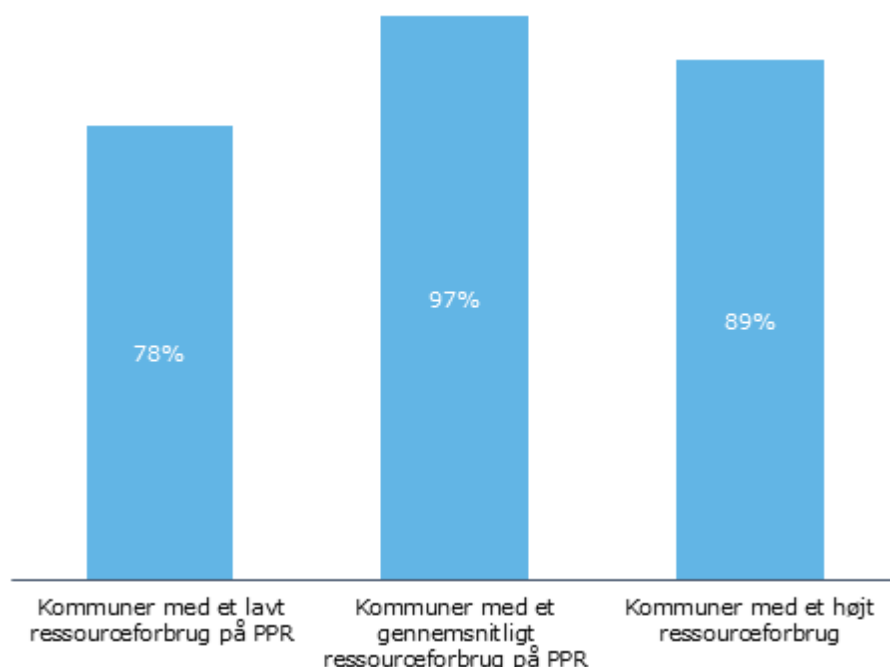
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til PPR-ledere og løndata modtaget fra økonomikonsulenter og PPR-ledere i de 10 casekommuner. **Note:** n = 65. PPR-lederne har i spørgeskemaundersøgelsen angivet, hvor mange årsværk de har ansat inden for forskellige stillingskategorier, og modtagne data for gennemsnitslønninger for forskellige stillingskategorier er anvendt til at beregne de samlede lønudgifter for hver PPR-enhed. Det angivne ressourceforbrug er således alene lønomkostninger til PPR og ikke overhead eller fællesomkostninger. Ressourceforbruget er opgjort pr. 0-17-årig i kommunen. 17 kommuner anvender 0% af PPR's ressourcer på lettere behandling, 33 kommuner anvender 1-8% af PPR's ressourcer på lettere behandling og 16 af kommunerne anvender 10-21% af PPR's ressourcer på lettere behandling.

Som det fremgår af figuren, kan der ikke umiddelbart ses en sammenhæng mellem omfanget af lettere behandling og PPR's årlige ressourceforbrug pr. 0-18-årig i kommunen. De PPR, der udbyder lettere behandling, må således bruge relativt færre ressourcer på deres øvrige opgaver.

### 5.2.2 PPR-ledernes vurdering af, om egen ressourcesituation udgør en barriere for udbredelsen af lettere behandling

Som nævnt anser 9 ud af 10 PPR-ledere egen ressourcesituation som en barriere for udbredelsen af lettere behandlingstilbud i PPR i deres kommune. Figur 5.5 viser, hvor stor en andel af PPR-lederne der har angivet egen ressourcesituation som en barriere for udbredelsen af lettere behandling fordelt på 3 grupper af kommuner med varierende ressourceforbrug på PPR.

Figur 5.5. Den procentvise andel af PPR-lederne, der betragter egen ressourcesituation som en barriere for udbredelsen af lettere behandlingstilbud, fordelt på 3 grupper af kommuner med varierende ressourceforbrug på PPR



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til PPR-ledere. **Note:** n = 65.

Et interessant fund i ovenstående figur er, at andelen af PPR-ledere, der ser ressourcer som en barriere, faktisk er lidt mindre i gruppen af kommuner med et relativt lavere ressourceforbrug på PPR (<1.200 kr. pr. år pr. 0-18-årig i kommunen) end de 2 andre grupper af kommuner med henholdsvis et relativt gennemsnitligt ressourceforbrug på PPR (1.200-2.000 kr. pr. år pr. 0-18-årig i kommunen) og et relativt højere ressourceforbrug på PPR (>2.000 kr. pr. år pr. 0-18-årig i kommunen).

### 5.2.3 PPR-ledernes uddybende forklaringer af, hvordan ressourcer/økonomi kan udgøre en barriere for lettere behandling

I spørgeskemaundersøgelsen blev PPR-lederne bedt om at uddybe i fritekstform, hvordan tilgangen til PPR i deres kommune udgør en barriere for udbredelse af lettere behandling i PPR-regi.

PPR-ledernes beskrivelser af ressourcesituationens betydning omhandler især en høj og stigende efterspørgsel efter PPR's lovbestemte ydelser (fx udarbejdelse af PPV'er), der efterlader meget få eller ingen ressourcer til lettere behandlingstilbud. Herudover nævnes udfordringer med generelle besparelser på PPR-området. Samme billede af ressourcesituationen kom til udtryk i casebesøgene, hvor 6 ud af 10 kommuner specifikt fremhævede ressourcesituationen som en barriere for implementering af lettere behandlingstilbud.

Herudover beskriver flere kommuner udfordringen med projektmidler, hvor kommunalbestyrelser, fonde og statslige institutioner afsætter en pulje af midler til igangsættelse af forskellige typer af indsatser og lettere behandlingstilbud. Efterfølgende bruges mange ressourcer på at



implementere tilbuddene, træne medarbejderne og skabe kendskab til indsatsen i kommunen. Udfordringen er, at tilbuddene ofte afvikles igen efter projektafslutning, når tilbuddet er inde i en effektiv driftsfase og viser tegn på en stærk effekt. Flere kommuner fremhæver, at en effektiv anvendelse af midler til lettere behandling vil forudsætte en varig ændring, hvor lettere behandling indføres i den gældende lovgivning om PPR's virkeområde.

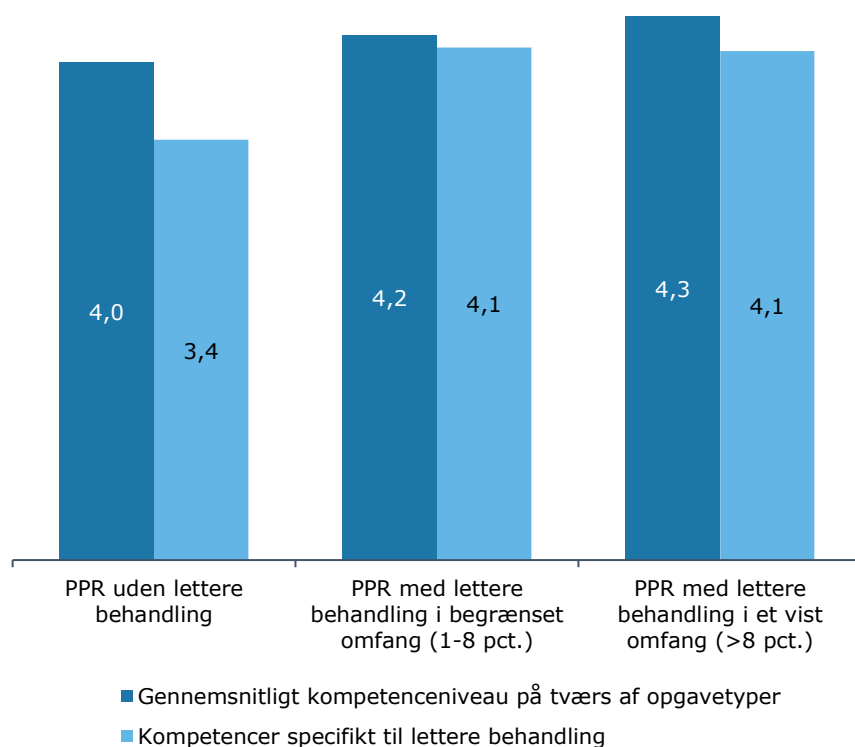
Derudover bemærkes det, at PPR-lederne i en **mindre andel kommuner** (10 ud af 65) eksplicit udtrykker bekymring om, at et øget fokus på lettere behandlingstilbud risikerer at tage fokus og ressourcer fra PPR's konsultative og generelt forebyggende arbejde. Konkret frygter de, at et øget fokus på behandling vil indebære en tilbagevenden til et stærkt individfokus i PPR med indstilling af specifikke børn frem for fokus på forebyggende samarbejde om udvikling af inkluderende og rummelige fællesskaber og læringsmiljøer.

### 5.3 PPR's personalesammensætning og kompetencer

#### 5.3.1 Omfang af lettere behandling og kompetencer

Figur 5.6 nedenfor viser PPR-ledernes egne vurderinger af det generelle og det behandlingsspecifikke kompetenceniveau blandt deres medarbejdere for 3 grupper af kommuner opdelt efter, hvor meget lettere behandling fylder i PPR's samlede opgaveportefølje.

Figur 5.6. PPR-ledernes vurdering på en skala fra 1-5 af deres medarbejders generelle og behandlingsspecifikke kompetenceniveau fordelt på 3 grupper af kommuner med varierende anvendelse af lettere behandling



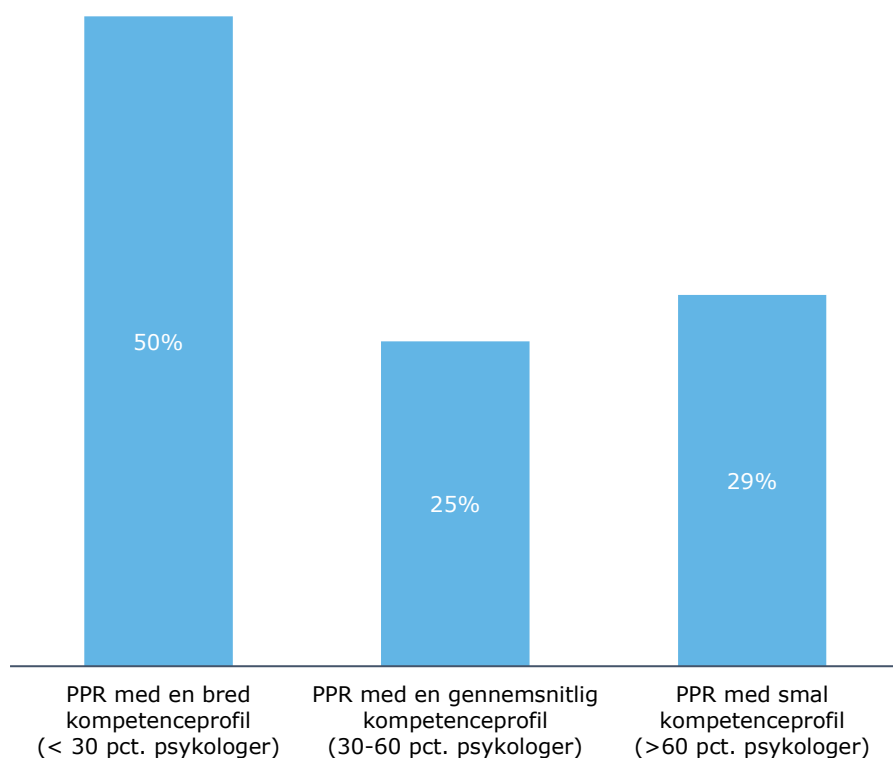
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til PPR-ledere. **Note:** n = 70. PPR-lederne har vurderet, hvor enige de er i, at deres medarbejdere har de nødvendige kompetencer til at løse en række arbejdsopgaver på en fempunktsskala ("Meget enig", "Enig", "Hverken/eller", "Uenig", "Meget uenig". Besvarelsene er omsat til numeriske værdier fra 1-5, hvor 5 er "Meget enig".

Som det fremgår af figuren, lader de PPR, der allerede i dag udbyder lettere behandling, være kendetegnet af et lidt højere kompetenceniveau. Dette gælder særligt i forhold til de behandlingsspecifikke kompetencer.

### 5.3.2 PPR-ledernes vurdering af, om egen kompetencesituation udgør en barriere for udbredelsen af lettere behandling

I gennemsnit ser 29% af PPR-lederne egne medarbejders kompetencer som en barriere for udbredelsen af lettere behandling i PPR i deres kommune. Figur 5.7 nedenfor viser, hvor stor en andel af PPR-lederne der ser egen kompetencesituation som en barriere for udbredelsen af lettere behandling fordelt på 3 grupper af kommuner med varierende bredde i kompetenceprofilen i PPR<sup>38</sup>.

Figur 5.7. Den procentvise andel af PPR-lederne, der betragter egne medarbejders kompetencer som en barriere for udbredelsen af lettere behandlingstilbud, fordelt på 3 grupper af kommuner med varierende bredde i kompetencesammensætningen i PPR



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til PPR-ledere. **Note:** n = 65.

Der tegner sig et billede af, at PPR-ledere med en medarbejderstab, hvor psykologer kun udgør en mindre andel, oftere betragter egen kompetencesituation som en barriere for udbredelsen af lettere behandlingstilbud. Dette indikerer, at der kan være behov for, at en vis andel af medarbejderstaben i PPR er psykologer (som også typisk er den medarbejdergruppe, der forestår behandlingsopgaver i PPR) for at øge mulighederne for, at lettere behandling kan udbredes.

<sup>38</sup> Bredden i PPR's kompetenceprofil er defineret som andelen af medarbejderstaben, der udgøres af andre medarbejdergrupper end psykologer.

### **5.3.3 PPR-ledernes uddybende forklaringer af, hvordan kompetencer kan udgøre en barriere for lettere behandling**

En del kommuner angiver, at det i mindre omfang vil kræve kompetenceudvikling og efteruddannelse inden for specifikke metoder at implementere lettere behandling, men at det vil kunne gøres relativt hurtigt og billigt. Enkelte kommuner angiver, at de ikke tilbyder lettere behandling i dag, og at de af denne grund ikke har de nødvendige kompetencer og erfaringer til at implementere lettere behandling. Yderligere er visse udkantskommuner udfordret af en høj medarbejderomsætning og et deraf følgende lavt kompetenceniveau, som giver anledning til bekymring med henblik på en eventuel udbredelse af lettere behandlingstilbud.

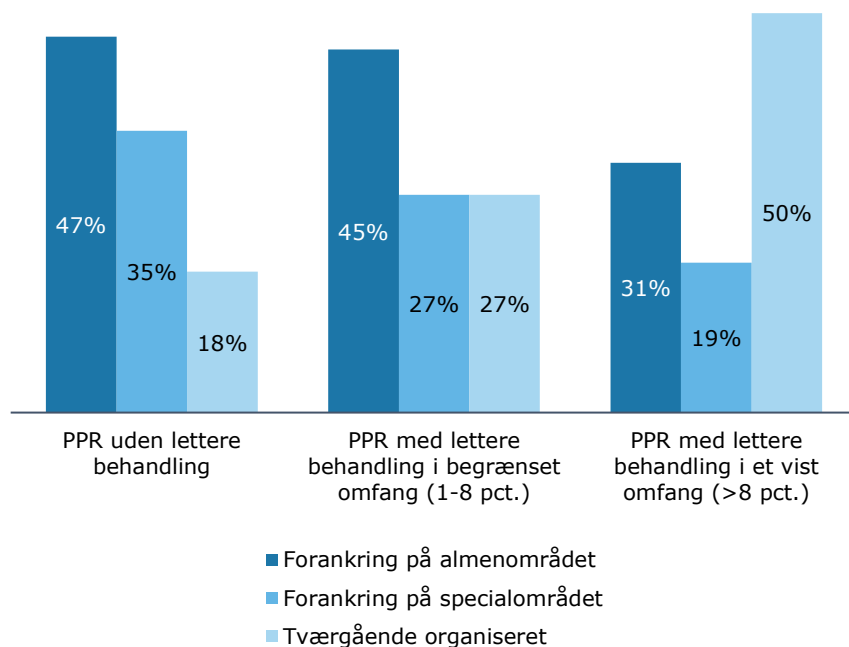
I interviewene i casekommunerne blev der også lagt vægt på betydningen af kompetencer for udbredelsen af lettere behandling. I kortlægningen mente 8 ud af 10 kommuner, at de allerede i dag helt eller delvist besidder de nødvendige kompetencer, men at det kan blive nødvendigt med en vis grad af efteruddannelse, sidemandsoplæring og supervision i de nye metoder. Flere kommuner gjorde desuden opmærksom på, at et væsentligt opmærksomhedspunkt er, at udbredelse af lettere behandling vil betyde, at PPR-enheden sandsynligvis er nødt til at trække de dygtigste og mest erfarne psykologer ud af det almindelige driftsarbejde (fx udarbejdelse af PPV'er).

## **5.4 PPR's organisering og samarbejdsrelationer**

### **5.4.1 Omfang af lettere behandling og organisatorisk forankring af PPR**

Figur 5.8 nedenfor viser den organisatoriske forankring for 3 grupper af kommuner opdelt efter, hvor meget lettere behandling fylder i PPR's samlede opgaveportefølje.

Figur 5.8. Den organisatoriske forankring af PPR for 3 grupper af kommuner med varierende anvendelse af lettere behandling



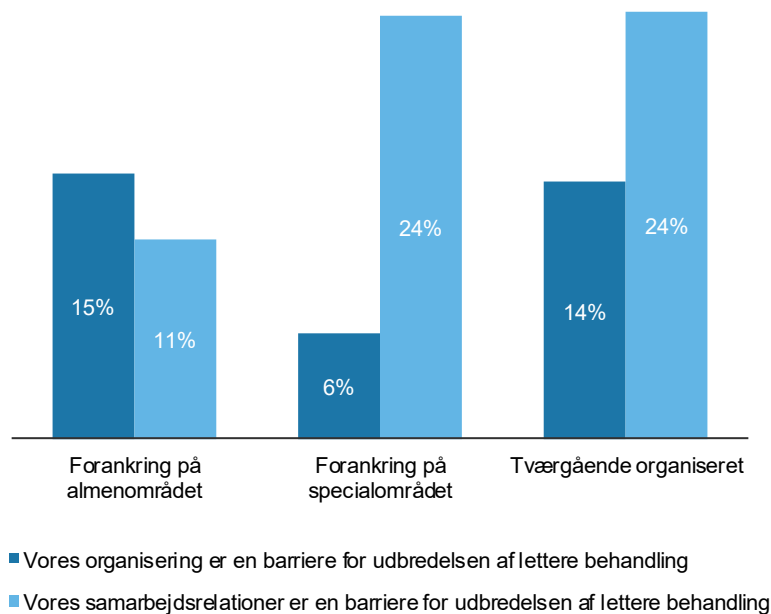
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til PPR-ledere. **Note:** n = 70. Almenområdet dækker over de kommuner, hvor PPR er organisatorisk forankret i skole- og/eller dagtilbudsområdet. Specialområdet dækker over de kommuner, hvor PPR er organisatorisk forankret i familieområdet. Tværgående dækker over de kommuner, hvor PPR er en tværgående (stabs)funktion, der er organiseret sammen både skole-/dagtilbudsområdet og familieområdet/sundhedsplejen.

Som det fremgår af figuren, har de PPR, der allerede i dag udbyder lettere behandling, i et vist omfang oftere en tværgående organisering end de 2 øvrige grupper af kommuner.

#### 5.4.2 PPR-ledernes vurdering af, om egen organisering og samarbejdsrelationer udgør en barriere for udbredelsen af lettere behandling

I gennemsnit ser henholdsvis 12% og 18% af PPR-lederne egen organisering og samarbejdsrelationer som en barriere for udbredelsen af lettere behandling i PPR i deres kommune. Figur 5.9 nedenfor viser, hvor stor en andel af PPR-lederne der ser egen organisering og egne samarbejdsrelationer som en barriere for udbredelsen af lettere behandling fordelt på 3 grupper af kommuner med varierende organisatorisk forankring af PPR.

Figur 5.9. Den procentvise andel af PPR-lederne, der betragter egen organisering eller samarbejdsrelationer som en barriere for udbredelsen af lettere behandlingstilbud, fordelt på 3 grupper af kommuner med forskellige



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til PPR-ledere. **Note:** n = 65.

Som det fremgår af figuren, tegner der sig ikke noget klart billede af, at det særligt er PPR-ledere med en specifik organisatorisk forankring, der ser organisering og samarbejdsrelationer som en barriere for udbredelsen af lettere behandling.

### 5.4.3 PPR-ledernes uddybende forklaringer af, hvordan organisering og samarbejdsrelationer kan udgøre en barriere eller forudsætning for lettere behandling

PPR-lederne fremhæver generelt PPR's organisering og samarbejdsrelationer som en forudsætning snarere end en barriere for udbredelsen af lettere behandling. De lægger særlig vægt på betydningen af den centrale placering, som PPR har i mange kommuner, hvor de fungerer som brobygger mellem det almene og specialiserede børneområde og har nære samarbejdsrelationer til både skoler, dagtilbud, familieområdet, SSP og børne- og ungdomspsykiatrien.

Denne opfattelse deles af PPR-ledere og medarbejdere i flere af casekommunerne, hvor halvdelen af kommunerne specifikt fremhæver PPR's centrale placering i den kommunale organisering som en god forudsætning for at sikre en koordineret og helhedsorienteret indsats til barnet og for at sikre, at hovedparten af børn og forældre kun vil opleve én indgang og én myndighed i deres forløb med psykisk mistrivsel. I 3 ud af 10 af kommunerne gav fokusgruppeinterviewet med fagcheferne på PPR's samarbejdsområder (skoler, dagtilbud, sundhedsplejen, SPP og familieområdet) indtryk af, at de ikke nødvendigvis til fulde deler denne opfattelse. De gav udtryk for, at lettere behandlingstilbud ikke nødvendigvis kun kan placeres ét sted i den kommunale forvaltning (i PPR), men kan placeres flere steder, og at det skal være op til den enkelte kommune selv at tilpasse det. Fagcheferne for de tilstødende områder til PPR understreger desuden, at en øget anvendelse af

lettere behandling i PPR-regi forstærker behovet for at udvikle og forbedre samarbejdet med PPR.

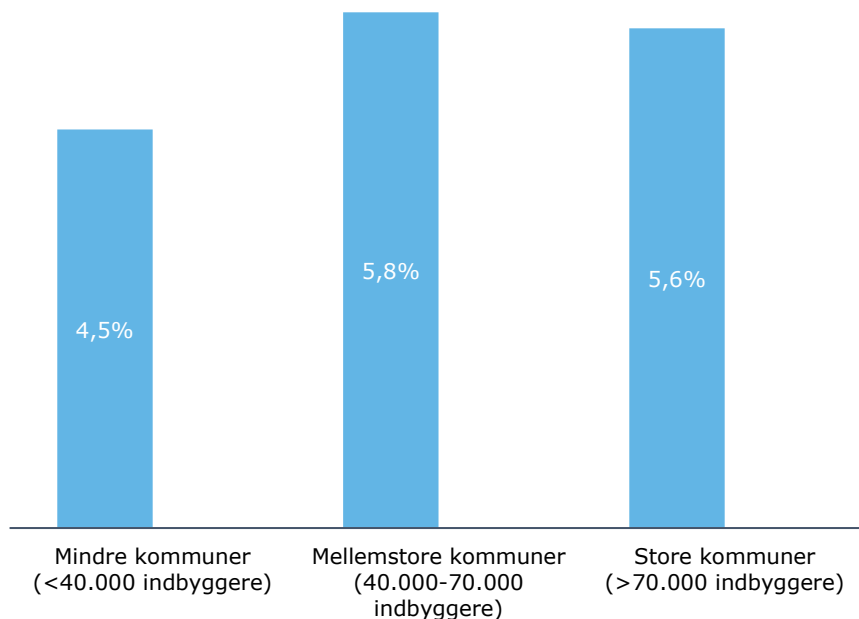
En del af PPR-ledernes besvarelser lægger desuden vægt på, at den unikke adgang for børn og unges hverdagsliv og en forståelse for den interne logik i skoler og dagtilbud, som PPR har, ligeledes giver gode forudsætninger for at udbrede anvendelsen af lettere behandlingstilbud. I disse besvarelser fremhæves det blandt andet, at PPR har mulighed for at integrere indsatserne i læringsfællesskaberne i børnenes almenmiljø (så vidt det muligt), hvilket kan reducere risikoen for stigmatisering af barnet/den unge sammenlignet med behandlingsindsatser i fx psykiatrien eller på familieområdet. Behovet for at undgå stigmatisering fremhæves også af 2 af casekommunerne, som lægger vægt på, at man så vidt muligt bør undgå at "patientliggøre" børnene.

## 5.5 Betydningen af kommunestørrelse for udbredelsen af lettere behandling

### 5.5.1 Kommunestørrelse og omfanget af lettere behandling

Opdeles kommunerne efter størrelse kan det i Figur 5.10 observeres, at der kun er mindre forskelle på omfanget af lettere behandling mellem små, mellemstore og store kommuner.

Figur 5.10. PPR-ledernes vurdering af, hvor stor en andel af medarbejdernes tid, der bruges på lettere behandling, opdelt efter kommunestørrelse



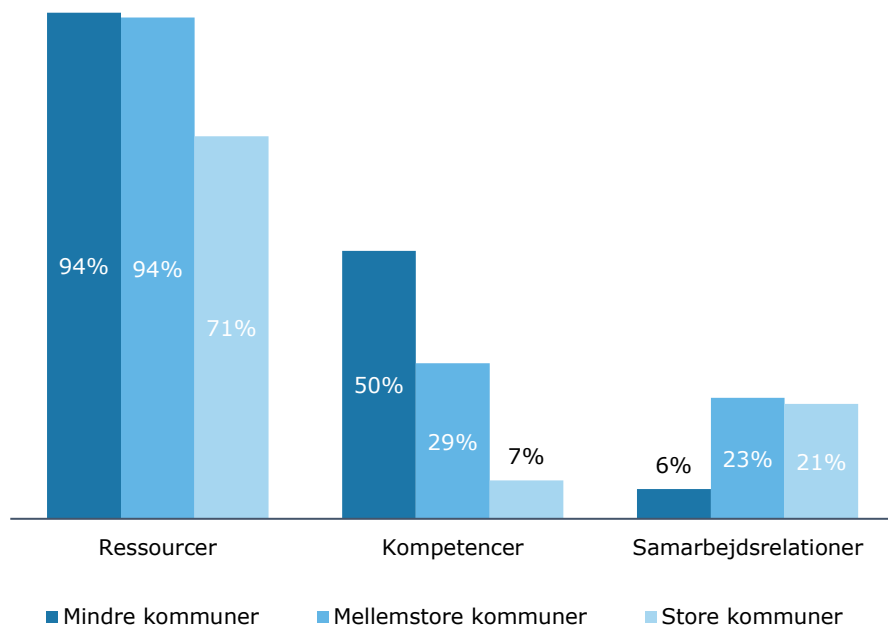
**Kilde:** Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til PPR-ledere. **Note:** n = 65. PPR-lederne har angivet, hvor stor en procentvis andel af medarbejdernes tid der bruges på lettere behandling.

### 5.5.2 Kommunestørrelse og PPR-ledernes vurdering af, om egne økonomiske ressourcer, kompetencer og samarbejdsrelationer udgør en barriere for udbredelsen af lettere behandling

Deler man kommunerne op i små, mellemstore og store kommuner, og ser man på PPR-ledernes vurdering af barriererne for udbredelsen af lettere behandling, træder interessante forskelle frem. Som det fremgår af Figur

5.11 nedenfor angiver de små kommuner oftere, at ressourcer er en barriere end de mellemstore og store kommuner. Samtidig angiver de små kommuner markant oftere, at kompetencer er en barriere, mens de til gengæld sjældnere ser samarbejdsrelationer som en udfordring.

Figur 5.11. PPR-ledernes vurdering af, om ressourcer, kompetencer og samarbejdsrelationer er barrierer for udbredelsen af lettere behandlingstilbud, fordelt på 3 grupper af kommuner efter størrelse



**Kilde:** Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til PPR-ledere og Danmarks Statistik. **Note:** n = 65. Mindre kommuner (18) = 0-40.000 indbyggere, mellemstore kommuner (33) = 40.000-70.000 indbyggere, store kommuner (14) > 70.000.

#### Boks 5.1. Centrale fund i kapitlet

- Lettere behandling udgør i dag en yderst **begrænset del af PPR-enhedernes samlede tidsforbrug**. I gennemsnit på tværs af kommunerne vurderer PPR-lederne, at de bruger ca. 5% af deres tid på denne opgave. Der er dog en vis variation kommunerne imellem, hvor en fjerdedel af kommunerne slet ikke udbyder lettere behandling, mens det udgør 10-21% af tidsforbruget i en anden fjerdedel af kommunerne og 0-10% i den resterende halvdel.
- PPR-lederne svarer, at det **særligt er udfordringer med angst og depression (98%)** og uro og adfærdsvanskeligheder (60%), der har givet anledning til at etablere lettere behandlingstilbud i PPR.
- Ud over det stigende behov for lettere behandling som følge af en oplevet stigning i antallet af børn og unge med især angst, angiver PPR-lederne, at udbredelsen af lettere behandling i deres kommune særligt er sket som følge af en **lokalpolitisk strategi om øget forebyggelse** af psykisk mistrivsel samt for at kunne holde børnene i almenmiljøet og tilbyde en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.



## Del 2: God praksis for lettere behandling i PPR

# 6 Kortlægning af forskningslitteraturen

I dette kapitel beskrives resultaterne fra kortlægningen af forskningslitteratur om lettere behandlingstilbud.

Kortlægningen viser, at der eksisterer lettere behandlingstilbud med positiv effekt betydning for både børn og unge i psykisk mistrivsel, og at gruppeindsatser lader til at være særligt betydningsfulde blandt andet af den årsag, at de bidrager til barnets eller den unges oplevelse af at høre til positive fællesskaber. Flere indsatser viser længerevarende, positive resultater, og flere indsatser leder til positive mestringsoplevelser. Flere studier fremhæver desuden, at der i forbindelse med implementering af indsatserne må være en sensitivitet for kontekst og kultur.

Resultaterne uddybes i det følgende.

## 6.1 Litteraturkortlægning

Kortlægningen af national og international forskningslitteratur tager udgangspunkt i en indledende litteraturkortlægning med titlen "Afdækning og litteraturreview af vidensgrundlag for indsatser til målgruppen" gennemført af arbejdsgruppen. I denne litteraturkortlægning blev nordiske databaser afsøgt, og 23 specifikke indsatser<sup>39</sup> blev identificeret:

1. De utrolige år
2. Friends for life
3. Cool Kids
4. Parent Management Training – Oregon (PMTO)
5. Coping Power-program
6. Adapted Aggression Replacement Training (AART)
7. Caseformuleringsbaseret behandling
8. ACDC: Adolescent coping with Depression Course
9. Cope Connect
10. Chilled
11. Mind my Mind
12. Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)
13. Back2School
14. NUSSA
15. Depresjons-mestring for ungdom
16. Hemmasittar-program
17. Mestringskatten
18. Det mestrende Barn
19. Emotion
20. DOORS
21. Funktions-modellen
22. Smart

---

<sup>39</sup> Enkelte af de 23 indsatser kan bedre kategoriseres som overordnede metoder, der kan indgå i en indsats, herunder fx metakognitiv adfærdsterapi.

### 23. Metakognitiv adfærdsterapi

Formålet med denne litteraturkortlægning, som er nærmere beskrevet i bilag 2 "Søgerapport til litteraturkortlægningen", er at kortlægge såvel national som international forskningslitteratur med fokus på lettere behandlingstilbud med udgangspunkt i de 23 identificerede indsatser. Litteraturkortlægningen anvender de begrebsafgrænsninger og målgruppedefinitioner, som refereres i metodenotat og ovenfor, hvad angår psykisk mistrivsel og lettere behandlingstilbud.

Da kortlægningen undersøger internationale databaser, vil PPR i mindre grad kunne indfanges, da PPR i en dansk sammenhæng er udtryk for en særlig og kontekstsensitiv organisering af pædagogisk-psykologisk rådgivning. Litteraturkortlægningen rummer derfor eksempler på lettere behandlingsindsatser, der p.t ikke er tilgængelige i dansk kontekst, jf. Tabel 3. nedenfor, hvorfor der således heller ikke vil findes data herom i forbindelse med casebesøgene.

Da den systematiske kortlægning af forskningslitteraturen, jf. søgerapport i bilag 2, har til hensigt at kortlægge viden om lettere behandlingstilbud på baggrund af de ovenfor nævnte identificerede indsatser, samt forhold omkring forudsætninger og barrierer for implementering, vil der være et antal af de 23 indsatser, hvortil der ikke er identificeret forskningslitteratur. Det skal understreges, at dette skyldes, at det anvendte kortlægnings spørgsmål, de specifikke søgeblokke og kombinationen heraf samt kortlægningens in- og eksklusionskriterier målrettes identifikation af forskningslitteratur, der kan bidrage med viden om specifikke indsatser rettet mod lettere behandling, mulig positiv betydning og forudsætninger og barrierer for implementering. Dette medfører, at det ikke er muligt at identificere forskningslitteratur for samtlige 23 indsatser, der imødekommer den systematiske litteraturkortlægnings kriterier. I alt er der identificeret 32 relevante forskningsstudier, hvoraf 20 af disse studier vedrører de 23 indsatser (dog fordelt på kun 9 af de 23 indsatser), mens 12 af studierne vedrører andre indsatser eller overordnede metoder. Disse studier er taget med i kortlægningen, da de tilbyder viden om blandt andet implementering af lettere behandlingstilbud.

Nedenstående er en oversigt over de 23 indsatser med angivelse af identificerede studier, teoretisk forankring og udbredelse i dansk kontekst.

Tabel 3. Oversigt over de 23 indsatser med angivelse af identificerede studier, teoretisk forankring og udbredelse i dansk kontekst

Indsats	Identificerede referencer	Teoretisk forankring	Kategori	Udbredelse i dansk kontekst
De utrolige år	Lees, et al (2015) Trillingsgaard, et al (2014) Lessard, et al (2016) Leijten, et al (2017) Ford, et. al. (2019)	Social læringsteori og behaviorisme	Adfærdsproblemer og mistrivsel	Begrænset udbredelse: Anslås til ca. 10% af kommunerne.
Friends for life	Ruttledge, et al (2016) Pereira, et al (2014) Burke, et al (2017), Higgins, et al (2015) Green, et al. (2016)	Kognitiv adfærdsterapi, copingstrategier	Angst	Ikke udbredt i Danmark. Trivselsfabrikken tilbyder dog uddannelse i metoden.
Cool Kids	Mychailyszyn (2017) Arendt, et al. (2015)	Kognitiv adfærdsterapi	Angst	Meget udbredt: ml. halvdelen og 2/3 af alle kommuner.

Indsats	Identificerede referencer	Teoretisk forankring	Kategori	Udbredelse i dansk kontekst
	Jónsson et al. (2015)			
Parent Management Training – Oregon (PMTO)	Sigmarsdottir, et. al. (2015)	Social læringsteori, socialøkologisk teori	Adfærdsproblemer og mistrivsel	Ifølge Socialstyrelsen blev PMTO i 2019 anvendt i ca. 20 kommuner. Denne indsats vil dog typisk ligge i familieområdet og ikke i PPR. Ingen PPR har i spørgeskemaundersøgelsen angivet PMTO som en indsats, de tilbyder.
Coping Power program	Ludmer, et al (2018) Helander, et al (2018)	Social-kognitiv teori	Adfærdsproblemer og mistrivsel	Ikke udbredt i Danmark.
Adapted Aggression Replacement Training (AART)	Brännström, et al. (2016)	Kognitiv adfærdsterapi	Adfærdsproblemer	Begrænset udbredelse. CSP udbyder træning i AART. Behandlingen med ART (Aggression Replacement Training) har været tilbudt i Danmark siden 2010 og tilbydes blandt andet til udadreagerende unge på døgninstitutioner, i dagbehandlingstilbud og i enkelte skoler.
Caseformuleringsbaseret behandling	Lundkvist-Houndoumadi, et al. (2016)	Ikke-manuabaseret kognitiv adfærdsterapi med formulering af virksomme mekanismer	Angst	Er afprøvet i Danmark af Center for Angst, Københavns Universitet, men er ikke udbredt i kommunerne.
ACDC: Adolescent coping with Depression Course	Garvik, et al. (2014)	Kognitiv adfærdsterapi	Depression	Ikke udbredt i Danmark.
Cope Connect	Alfredsson, et al. (2018)	Gruppebaseret forældreprogram baseret på tilknytningsteori	Adfærdsproblemer og mistrivsel	Ikke udbredt i Danmark.
Chilled	Ingen referencer identificeret	Kognitiv adfærdsterapi	Angst	Begrænset udbredelse: Anslås til ca. 10-20% af kommunerne.
Mind my Mind	Ingen referencer identificeret	Kognitiv adfærdsterapi	Depression, angst og udadreagerende adfærd.	Igangværende forskningsprojekt med deltagelse af 4 kommuner.
Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)	Ingen referencer identificeret			Siden 2008 har flere skoler i Danmark arbejdet med skoleudviklingsmodellen PALS (Positiv Adfærd i Læring og Samspil). VIA UC er ansvarlig for at udbyde uddannelsen af PALS i Danmark. Udbredelsen i PPR er begrænset.
Back2School	Ingen referencer identificeret			Forskningsprojekt i Aarhus Kommune.
NUSSA	Ingen referencer identificeret			Begrænset udbredelse i Danmark.
Depresjonsmestring for ungdom	Ingen referencer identificeret			Norsk indsats – ikke udbredt i Danmark.
Hemmasittar-program	Ingen referencer identificeret			Svensk indsats – ikke udbredt i Danmark.
Mestringskatten	Ingen referencer identificeret			Norsk indsats – ikke udbredt i Danmark.

Indsats	Identificerede referencer	Teoretisk forankring	Kategori	Udbredelse i dansk kontekst
Det mestrende Barn	Ingen referencer identificeret			Norsk indsats – ikke udbredt i Danmark.
Emotion	Ingen referencer identificeret			-
DOORS	Ingen referencer identificeret			-
Funktionsmodellen	Ingen referencer identificeret			-
Smart	Ingen referencer identificeret			-
Metakognitiv adfærdsterapi	En række af de identificerede adfærdsterapeutiske indsatser kan rubriceres under denne			-

**Kilde:** Litteraturkortlægningen. **Note:** n = 20

Af tabellen nedenfor fremgår desuden yderligere indsatser og metoder, som blev identificeret i kortlægningen af forskningslitteraturen, som er medtaget, da de blandt andet kan tilbyde viden om implementering af lettere behandlingstilbud.

Tabel 4. Oversigt over yderligere indsatser og metoder, som blev identificeret i kortlægningen

Indsats	Identificerede referencer	Teoretisk forankring	Kategori	Udbredelse i dansk kontekst
Resourceful Adolescent Program	Mackay, et al (2017)	Kognitiv adfærdsterapi og interpersonelle perspektiver på depression	Depression	Ikke udbredt i Danmark.
1 2 3 Magic	Porzig-Drummond, et al. (2016)	Kognitiv adfærdsterapi	Adfærdsproblemer mistrivsel	Ikke udbredt i Danmark.
Good Behavior Game	Breeman et al (2016)	Kognitiv adfærdsterapi	Adfærdsproblemer	Ikke udbredt i Danmark.
Coping with stress (adapted)	Shoshani, et al (2014)	Positiv psykologi	Depression	Ikke udbredt i Danmark.
Børneorienteret henholdsvis forældreorienteret interventioner	Roskam, et al (2017)	Multiple teoretiske forankringer	Adfærdsvanskeligheder	
Komparativ undersøgelse af multisystemisk tidlig intervention i form af forældre støtte som emotionelt orienteret henholdsvis adfærdsmæssigt	Duncombe, et al (2016)	Multiple teoretiske forankringer	Adfærdsvanskeligheder	
Screeningspraksis for emotionelle og adfærdsmæssige problemer	Bruhn, et al (2014)	-	-	
Dokumentationspraksis af skoleelevers psykosociale sundhed	Clausson, et al (2015)	-	-	

Indsats	Identificerede referencer	Teoretisk forankring	Kategori	Udbredelse i dansk kontekst
Skolepsykologers kompetencer i forhold til at anvende evidensbaserede interventioner	Shernoff, et al (2017)	-	-	
Skolebaseret program rettet mod elever med symptomer på depression	Garmy, et al (2015)	Kognitiv adfærdsteori, kommunikations-træning	Depression	Ikke udbredt i Danmark.
Gruppebaseret og kunstbaseret mindfulness	Coholic, et al (2016)	Resiliensteori, mindfulness	Mistrivsel	Ikke udbredt i Danmark.
Korte forældre-interventioner	Tully, et al (2016)	Multiple teoretiske forankringer	Adfærdsproblemer	Uvist – det afhænger af definitionen. Der er en del kommuner, der tilbyder forskellige former for forældrekurser.

**Kilde:** Litteraturkortlægningen. **Note:** n = 12

En række af de 32 inkluderede studier rapporterer effektstørrelser og er metodisk forankret i randomiserede lodtrækningsforsøg (RCT) og rummer viden om specifikke og oplevede betydninger eller effekter.

En række studier i kortlægningen fremdrager solid forskningsviden, der peger på positive betydninger i forhold til børn og unge i psykisk mistrivsel. Bemærk, at ovenstående overvejende er international forskningsviden, hvorfor PPR som særlig dansk kontekst ikke indgår i studierne, men denne del af den narrative syntese har alene til hensigt at vise, at en række af de identificerede indsatser viser betragtelige betydninger.

Resultaterne af kortlægningen af forskningslitteraturen bidrager til at sandsynliggøre en række faktorer, der er medkonstituerende i relation til god praksis for lettere behandlingstilbud. Nedenstående narrative syntese må nødvendigvis forstås som en række forhold eller fundament, der udgør den grund, som god praksis og pejlemærkerne står på, og som kan understøtte de resultater, casestudierne viser.

## 6.2 Narrativ syntese

I forbindelse med syntetiseringen af viden fra de kortlagte studier anvendes en *konfigurativ* og *narrativ* syntesetilgang, hvor hensigten er at præsentere den identificerede viden om hver indsats tematisk<sup>40</sup>. Modsat andre former for syntetisering søger den konfigurative og narrative tilgang ikke at fremsætte generaliseringer, men snarere at præsentere den identificerede viden tematisk for at illustrere mønstre, brud på mønstre eller "huller" i forskningslitteraturen. Den narrative syntese følger her de enkelte identificerede indsatser som tematikker. Det vil sige, at eksempelvis "De utrolige år" er et tematisk delelement i syntesen, hvorunder der fremhæves identificeret litteratur, der peger på særlige betydningsfulde faktorer eller andre forhold, der kan bistå en besvarelse af kortlægningsspørgsmålet. Ikke-indsatsspecifikke fund udgør ligeledes en tematisk delkomponent, der netop ikke knytter an til specifikke indsatser, men snarere afstedkommer viden om forhold af betydning omkring specifikke indsatser. Der kunne være valgt andre tematiske nedslag i forbindelse med den narrative syntese, men det vurderes hensigtsmæssigt, at den tematiske syntese på specifikke indsatser

<sup>40</sup> Den konfigurative tilgang er blandt andet kendetegnet ved at udforske, finde mønstre og organisere den viden, der er identificeret i kortlægningen. Den narrative og tematiske syntese er en del af den konfigurative tradition og er ideel i forbindelse med studier med forskellige forskningsdesigns.

henholdsvis ikke-indsatsspecifikke forhold er meningsfuld i forhold til at bidrage med viden, der kan være medkonstituerende i forhold til god praksis for lettere behandlingstilbud. Valget af indsats eller intervention som tematisk ramme er velkendt i litteraturen om den narrative synteseform: *As outlined by Thomas et al. (2012), thematic summaries draws on the conceptual framework of the review to categorise studies into thematic groups that are relevant for the intended reader* (Snilstveit et al., 2012).

### **6.2.1 "De utrolige år"**

Kortlægningen af forskningslitteratur resulterede i 5 studier om indsatsen "De utrolige år". "De utrolige år" udgøres af en række evidensbaserede programmer for børn, forældre og fagprofessionelle og står på en teoretisk grund af social læringsteori og behaviorisme.

I forhold til positive betydninger ved indsatsen "De utrolige år" viser **Lees, et al (2015)**, at "De utrolige år" afstedkommer positive resultater i forbindelse med forbedringer i børnenes adfærd og forældres oplevelse af tilfredshed. Den ekstra støtte i hjemmet afstedkommer, at familier kan implementere strategier, der støtter dem i forbindelse med deres forældreskab og deres engagement i "De utrolige år". Studiet fremdrager, at implementeringen af Home Parent Support (HPS) i sammenhæng med anvendelsen af "De utrolige år" øger de positive betydninger af indsatsen.

I forhold til en specifik målgruppe, elever med ADHD, peger **Trillingsgaard, et al (2014)** på fund, der påviser positive betydninger af "De utrolige år" i forhold til elever med ADHD. Eleverne oplever positive betydninger af interventionen i forhold til oplevede symptomer og adfærd samt i relation til børnenes sociale og emotionelle regulative kompetencer. Disse resultater bekræftes i et lignende studie, der ligeledes undersøger anvendelsen af "De utrolige år" til elever med ADHD. **Lessard, et al (2016)** viser resultater, der indikerer, at forældre, der har deltaget i "De utrolige år", anvender mere proaktive metoder i opdragelsen af deres børn og en mindre streng og autoritær tilgang. Studiet sammenligner interventioner bestående af medicinering og telefonstøtte til forældre og medicinering samt anvendelse af "De utrolige år". Studiet viser, at forældre, der har været involveret i "De utrolige år", har en mere positiv attitude og tilgang til forældrerollen sammenlignet med kontrolgruppen.

**Leijten, et al (2017)** præsenterer fund, der viser, at "De utrolige år" reducerer forældres oplevelse af børnenes adfærdsproblemer samt læreres oplevelse af hyperaktivitet og koncentrationsbesvær i skolen. Endvidere peger resultater på, at familier med svag socioøkonomisk baggrund engagerer sig i interventionen på en måde, så denne får positiv betydning. Studiet viser ligeledes, at de positive betydninger af indsatsen vedligeholdes i forbindelse med et opfølgingsstudie efter 3 måneder. Studiet peger på, at arbejdet med undervisning af forældre i forhold til en mere anerkendende og positiv tilgang til opdragelse og forældrerollen er et kritisk forhold i relation til de positive betydninger, som studiet rapporterer.

I et implementeringsperspektiv kan det fremdrages, at den ekstra støtte, forældre får i hjemmet, i forbindelse med "De utrolige år", afstedkommer, at familier kan implementere strategier, der støtter dem i deres forældreskab og deres engagement i "De utrolige år". Det vil sige, at der ligeledes kan arbejdes med implementering i andre systemer end skole og dagtilbud ud fra et socialøkologisk perspektiv.

**Trillingsgaard, et al (2014)** viser, at programmet "De utrolige år" med succes kan implementeres i dansk kontekst. En række af de inkluderede studier har da også validering og kontekstualisering som formål, hvilket er væsentligt, da manualbaserede interventioner nødvendigvis må valideres i forskellige kontekster og kulturer. **Ford et al. (2019)** viser i et RCT-studie, at "De utrolige år" (Teacher Classroom Management) har en positiv effekt på eleveres mentale sundhed, selvom varigheden af denne effekt vurderes at være kortvarig, hvilket et opfølgingsstudie efter 9, 13 og 18 måneder påviser. Studiet konkluderer, at indsatsen er effektiv og omkostningseffektiv set i et kortere perspektiv.

### **6.2.2 "Friends for life"**

Kortlægningen af forskningslitteratur resulterede i identificeringen af 5 studier i forhold til indsatsen "Friends for life". "Friends for life" er et evidensbaseret program, der har til hensigt at styrke resiliens, copingstrategier, emotionelle og sociale færdigheder samt fremme trivsel. **Ruttledge, et al (2016)** viser, at programmet "Friends for life" afstedkommer positive betydninger for elever i forhold til trivsel, oplevelser af at høre til skolens fællesskaber og coping-strategier. Studiet inkluderer 28 skoler og 709 elever. Lærere på de 28 skoler var uddannet i at varetage aktiviteter i indsatsen og implementerede indsatsen på de 28 skoler. Studiet viser, at der ikke er nogen signifikant forskel på, om det er lærere, der er uddannet i at implementere "Friends for life", eller udefrakommende eksperter, der faciliterer indsatsen. Dette synes væsentligt i forbindelse med et implementeringsperspektiv. Intensiv todages undervisning i programmet var af afgørende betydning i forhold til positiv implementering. Endvidere vises i studiet, at systematisk og manualbaseret arbejde med at sikre, at lærere praktiserer "Friends for life" efter forskrifterne, afstedkommer effektiv implementering. Studiet finder, at de pædagogiske psykologers kompetencer har betydning for den positive implementering.

**Pereira, et al (2014)** viser i forbindelse med et studie af indsatsen "Friends for life", at interventionen har en positiv betydning for børnenes oplevelse af angstsymptomer, der efterfølgende opleves reduceret. På baggrund af et quasi-eksperimentelt design påvises, at "Friends for life" rummer positive effekter i forhold til oplevelse af angstsymptomer særligt ud fra børnenes eget perspektiv. I et implementeringsperspektiv understreges, at "Friends for life" og lignende manualbaserede indsatser nødvendigvis må implementeres med en betragtelig sensitivitet for kontekstspecifikke forhold og faktorer.

**Burke, et al (2017)**, der har undersøgt "Friends for life" i forhold til børn med autisme, viser at denne gruppebaserede intervention afstedkommer oplevelser af at høre til fællesskaber, bedre emotionel udtryksevne og styrket familiekommunikation. Studiet viser imidlertid også, at målgruppen i studiet ikke rapporterer (kvantitative data) om en reducere i oplevelsen af angstsymptomer efter deltagelse i indsatsen. Der er således en diskrepans mellem elevernes subjektive oplevelse og de kvantitative målinger af oplevelse af angstsymptomer. Studiet konkluderer, at "Friends for life" er en betydningsfuld indsats i forbindelse med elever med autisme.

**Higgins, et al (2015)** viser, i et systematisk review af programmet "Friends for life", at indsatsen rummer positive betydninger i forhold til en reducere af oplevelsen af angstsymptomer med små til medium effektstørrelser. Opfølgingsstudier viser ligeledes, at de positive betydninger har længere varighed. Studiet peger på, at den manualbaserede tilgang, muligheden for uddannelse i forhold til facilitering af indsatsen gør indsatsen, der oprindeligt er beregnet til kliniske settings, betydningsfuld i en skolekontekst.



**Green, et al (2016)** viser i et studie af "Friends for life" implementeret i en skolekontekst af lærere, at målgruppen ikke oplevede en reduktion i oplevelsen af angstsymptomer. I et implementeringsperspektiv fremdrager studiet viden om barrierer i forhold til succesfuld implementering af "Friends for life". Resultaterne peger på, at den manglende reduktion i angstsymptomer skyldes problemer med implementering blandt andet grundet manglende tid, dårlige fysiske lokaliteter og manglende kompetencer hos de fagprofessionelle, der skulle sikre implementeringen. Studiet anbefaler pædagogiske psykologer til at støtte interventionen.

### **6.2.3 "Cool Kids"**

Forskningsskottlægningen har identificeret 3 studier, der indeholder viden om "Cool Kids", hvor af 2 studier er danske. "Cool Kids" er en videnskabeligt dokumenteret intervention, baseret på kognitiv adfærdsterapi, rettet mod børn og unge med angst. Et af studierne er et systematisk review og indeholder gennemgangen af 16 studier, der i alt indbefatter undersøgelser af 1.579 "Cool Kids"-indsatser.

**Mychailyszyn (2017)** præsenterer fund, der peger på, at "Cool Kids"-programmer rummer betragtelige positive betydninger i forhold til reduktion af angstsymptomer. En central konklusion i forbindelse med det systematiske review af 16 studier, der undersøger betydninger af indsatsen "Cool Kids", er, at der findes betragtelige positive betydninger for målgruppen både i forhold til målgruppens egen selvrapportering og forælderrapportering. Studiet peger endvidere på, at "Cool Kids" kan implementeres i en skolekontekst i forhold til elever, der er i risiko for at udvikle angst. Indsatsen kan ifølge studiet med fordel implementeres i multiple kontekster, men der argumenteres imidlertid for, at "Cool Kids" skal undersøges i flere kontekster i forhold til virkning og muligheder samt barrierer for implementering.

**Arendt et al. (2015)** viser i et RCT-studie i dansk kontekst, at en betragtelig andel af målgruppen for indsatsen oplevede en signifikant reduktion af angstsymptomer. Såvel selvrapportering som forælderrapportering viser et fald i oplevelser af symptomer, og de positive effekter af indsatsen var vedligeholdt i followupstudier efter 3 og 12 måneder. Det fremdrages endvidere i studiet, at indsatsens korte interventionsperiode kan bidrage til omkostningseffektivitet. Dog peger studiets kvalitative data på, at en betragtelig andel af de adspurgte forældre vurderer, at interventionen var for kort, og at der var for lidt tid mellem de enkelte sessioner til at kunne arbejde med redskaberne.

**Jónsson et al. (2015)** viser en signifikant reduktion i oplevelsen af angstsymptomer hos de deltagende unge. Studiet viser endvidere, at interventionen mister noget af effektiviteten, når indsatsen gives i community settings set i forhold til kliniske settings. Studiet konkluderer, at gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi som "Cool Kids", der er udviklet i primært kliniske rammer, kan overføres til community-baserede settings, dog med en mindre reduktion i effekt.

### **6.2.4 "Parent Management Training – Oregon" (PMTO)**

Forskningsskottlægningen identificerede ét studie, der indeholder viden om "PMTO". "PMTO" er et evidens- og manualbaseret program rettet mod træning af forældreevner i forhold til børn med adfærdsvanskeligheder.

**Sigmarsdottir, et. al. (2015)** peger på, at "Parent Management Training – the Oregon"-model (PMTO) medførte reduktioner i adfældsproblemer hos

børnene i indsatsen, og studiet konkluderer således, at "PMTO" er effektiv i forhold til adfærdsproblematikker. Der er tale om en omfattende implementering af "PMTO" i islandsk kontekst, hvor studiet fremhæver, at "PMTO" kan implementeres i en nordeuropæisk kultur.

**Helander, et al. (2018)** viser, at de positive betydninger af PMT bliver betragteligt større, når indsatsen kombineres med en gruppebaseret kognitiv adfærdsterapeutisk indsats og peger således på, at indsatsen Coping Power fremmer de positive betydninger af PMT.

### **6.2.5 "Coping Power"-program**

"Coping Power" er et program rettet mod børn og unge med adfærdsvanskeligheder og deres forældre. Programmet står på en teoretisk grund af social-kognitiv teori. Kortlægningen af forskningslitteraturen har identificeret 2 studier, der vedrører indsatsen "Coping Power".

I en undersøgelse af programmet "Coping Power" viser **Ludmer, et al (2018)**, at forældre rapporterer højere grad af mestring og tilfredshed i forhold til deres børns adfærdsvanskeligheder efter deltagelse i programmet. **Studiet** foretager en komparativ RCT-undersøgelse af det multikomponente og gruppebaserede program "Coping Power" og individualiserede forældre-barn intervention og viser ingen signifikant forskel mellem det gruppebaserede forløb "Coping Power" og de mere individualiserede forløb. Forældrenes oplevelse af mestring steg efter det gruppebaserede "Coping Power"-forløb og de individbaserede forløb, hvorfor der ikke kunne dokumenteres en særlig effekt ved "Coping Power" i denne sammenhæng. Ikke desto mindre peger studiets resultater på, at "Coping Power" medfører positive betydninger for forældres oplevelse af mestring i forbindelse med børn med adfærdsmæssige problemer. Studiet bidrager således med viden, der i forbindelse med indsatsen "Coping Power" viser resultater, der sidestiller gruppebaserede og individbaserede indsatser.

Som nævnt ovenfor, undersøger **Helander, et al. (2018)** betydningerne af at kombinere "Coping Power" med PMT og viser positive betydninger af netop kombinationen af de 2 indsatser.

### **6.2.6 "Resourceful Adolescent Program" (ikke en af de 23 indsatser)**

"Resourceful Adolescent Program" er et evidensbaseret program rettet mod unge med depression. Programmet har et fokus på resiliens og mental sundhed og er blandt andet informeret af kognitiv adfærdsterapi. Kortlægningen har identificeret ét studie i forbindelse med indsatsen "Resourceful Adolescent Program". Indsatsen er medtaget af den årsag, at studiet indeholder viden om en indsats mod depression og viden om forholdet mellem det individorienterede og det gruppebaserede.

**Mackay, et al (2017)** peger på, at, "Resourceful Adolescent Program" (indsats mod depression) medfører, at børn og unge oplever mere mestring og emotionel regulering efter interventionen. Således oplevede 80% af respondenterne bedre at kunne håndtere følelser og affekt efter interventionen. Resultaterne peger endvidere på, at interventioner på det individuelle niveau er mindre betydningsfulde end interventioner, der inkluderer skolemiljø og forældre og således er mere fællesskabsorienteret.

### **6.2.7 "1 2 3 Magic" (ikke en af de 23 indsatser)**

"1 2 3 Magic" er et evidensbaseret behandlingstilbud, der står på en teoretisk grund af kognitiv adfærdsterapi. Programmet retter sig mod forældre til børn

med adfærdsvanskeligheder. Studiet bidrager med viden om forholdet mellem det gruppeorienterede kontra det mere individorienterede.

**Porzig-Drummond, et al. (2016)** viser, at det kognitive adfærdsterapeutiske program "1 2 3 Magic" rummer positiv effekt i forhold til børn med adfærdsproblemer, der efter deltagelse i programmet rapporterede en signifikant reduktion i problemadfærd. Studiet viser, at indsatsen "1 2 3 Magic" vurderes at være særligt betydningsfuldt, da der er tale om gruppeintervention til forældre til børn med adfærdsmæssige vanskeligheder.

### **6.2.8 "Good Behavior Game" (ikke en af de 23 indsatser)**

Kortlægningen har identificeret et studie af interventionen "Good Behavior Game", der er en indsats mod emotionelle og adfærdsmæssige problemer og er forankret i kognitiv adfærdsterapi. Studiet er medtaget af den årsag, da det rummer viden om kompetencer i forbindelse med implementeringen af indsatsen.

I en undersøgelse af interventionen "Good Behavior Game", viser **Breeman et al (2016)** moderate resultater i forhold til elevernes emotionelle og adfærdsmæssige problemer.

Resultaterne peger imidlertid på, at lærerne oplevede en højere grad af mestring i forhold til at engagere målgruppen i skolen. Implementeringen af programmet blev monitoreret og støttet af skolekonsulenter, der havde adækvat uddannelse i programmet, hvilket fremdrages som en betingelse for succesfuld implementering i skolekontekst. 389 børn er inkluderet i studiet, og resultaterne peger på, at indsatsen ikke medfører en reduktion i emotionelle og adfærdsmæssige problemer, men er forebyggende i forhold til disse problemer. Det vil sige, at indsatsen viste at have stabiliserende effekter. Afgørende for implementeringen af indsatsen var støtte fra konsulenter, der var uddannet i indsatsen. Tæt monitorering af lærernes arbejde med indsatsen og løbende justeringer viste sig væsentlige i et implementeringsperspektiv.

### **6.2.9 "Coping with stress" (ikke en af de 23 indsatser)**

"Coping with stress" er et program rettet mod unge med angst og stress og bygger blandt andet på kognitiv adfærdsterapi og kommunikationstræning. Kortlægningen har identificeret et studie, der rummer viden om en skolebaseret intervention i forhold til angst- og stresssymptomer. Studiet er inkluderet, da det peger på forhold omkring implementering.

**Shoshani, et al (2014)** viser, at positiv psykologisk, skolebaseret intervention medfører signifikant reduktion af angst- og stresssymptomer hos gruppen med disse symptomer. I RCT-studiet viste gruppen på 537 elever, der modtog indsatsen "Coping with stress" således en reduktion i oplevede symptomer, hvilket ikke var tilfældet i kontrolgruppen, hvor disse symptomer derimod øgedes. Studiet konkluderer, at den evidensbaserede tilgang til arbejdet med positiv psykologi er mulig at integrere i skolers curriculum og fungerer som en "whole-school approach". Indsatsen havde blandt andet fokus på at styrke positivt sprog og positive relationer elever imellem og mellem lærere og elever. Det antages i studiet, at denne teoretiske rammesætning har medført de positive betydninger og det forhold, at tilgangen kan indlejres i skolens curriculum, kultur og dagligdag.

### **6.2.10 "Aggression replacement training", ART (ikke en af de 23 indsatser)**

"Aggression replacement training" er en intervention, der bygger på kognitiv adfærdsterapi og har til hensigt at reducere antisocial og aggressiv adfærd. Kortlægningen identificerede et studie, der har "Aggression replacement training" som genstandsfelt. Der er tale om et systematisk review, der indsamler og vurderer studier i forhold til indsatsen. Den overordnede konklusion, som **Brännström, et al (2016)** viser, er, at der ikke er tilstrækkelig evidens for, at "ART" medfører positive betydninger for selvkontrol eller sociale færdigheder.

### **6.2.11 "Cope Connect" (ikke en af de 23 indsatser)**

"Cope Connect" er et program rettet mod forældre i forhold til forældreevner i relation til børn med vanskeligheder i forhold til mental sundhed. Et enkelt studie vedrørende indsatsen "Cope Connect" er fremkommet i forbindelse med forskningskortlægningen. **Alfredsson et al (2018)** konkluderer, at de undersøgte forældreindsatser viser positive betydninger i forhold til oplevelse af stress hos forældre, reducere af dysfunktionelle forældrestrategier, reducere af både forældres og unges mentale problemer. Studiet støtter tidligere forskning på området, der dokumenterer positive betydninger af forældreindsatser blandt andet "Cope Connect" både på kort og længere sigt.

### **6.2.12 Caseformuleringsbaseret behandling (ikke en af de 23 indsatser)**

Caseformuleringsbaseret behandling er forankret i kognitiv adfærdsterapi og er rettet mod børn og unge med angst. **Lundkvist-Houndoumadi (2016)** viser i forbindelse med et komparativt studie af individorienteret caseformuleringsbaseret behandling sammenlignet med en manualbaseret indsats ("Cool Kids"), at de unge rapporterede en væsentlig reduktion i oplevelse af angstsymptomer, og forældre ligeledes rapporterer en tilsvarende oplevelse i forhold til deres børn/unge. Forældre vurderer, at den individorienterede caseformuleringsbaseret tilgang tillader en højere grad af fleksibilitet sammenlignet med den manualbaserede tilgang, hvilket vurderes positivt og betydningsfuldt.

### **6.2.13 "Adolescent Coping with Depression Course" (ikke en af de 23 indsatser)**

"Adolescent Coping with Depression Course" er et evidensbaseret program, der er funderet i kognitiv adfærdsterapi og har til hensigt at styrke mestringsevne. Programmet har også kurser rettet mod forældre. Kortlægningen har identificeret et studie af indsatsen "Adolescent Coping with Depression Course". **Garvik, et al. (2014)** påpeger, at indsatsen leder til en betragtelig reduktion af de unges depressive symptomer, hvilket stemmer overens med RCT-studier af "Adolescent Coping with Depression Course". Effektstørrelserne i studiet er moderate til store i forhold til reduktionen af oplevede symptomer. Studiet konkluderer, at en tidlig gruppebaseret intervention, der er forankret i kognitiv teori og anvendt i en hverdagskontekst bidrager til en reduktion af depressive symptomer.

### **6.2.14 Ikke-indsatsspecifikke fund (ikke en af de 23 indsatser)**

Som følge af forskningskortlægningens scope og specifikke bloksøgning er der fremkommet resultater, der ikke direkte vedrører de 23 ovenfor nævnte indsatser, men desuagtet rummer viden, der vurderes væsentlig i forbindelse med spørgsmål omkring implementering af lettere behandlingsindsatser. Disse studier præsenteres nedenfor.

I forbindelse med en kunst- og gruppebaseret mindfulness-intervention, hvor deltagerne laver kunstbaserede aktiviteter, der styrker evnen til at forholde sig konstruktivt til egne tanker og følelser, viser **Coholic, et al (2016)**, at de deltagende børn oplevede positive betydninger af interventionen i forhold til emotionel regulering, sociale færdigheder, positivt selvbillede, empati og opmærksomhed og koncentration. I forbindelse med studiet tydeliggøres, at interventionen netop er betydningsfuld, da den er gruppe- og fællesskabsorienteret, hvilket medfører betydninger for elevernes emotionelle regulering, sociale færdigheder, positivt selvbillede, empati og opmærksomhed og koncentration, der alle er forhold, der stimuleres i menneskelige fællesskaber under de rette betingelser. Studiet fremdrager således, at netop den gruppebaserede tilgang er af afgørende betydning i forbindelse med de positive effekter af interventionen blandt andet af den årsag, at mestringsstrategier særligt bliver styrket i peer-interaktioner.

I forbindelse med korte forældrekurser (under 8 sessioner) til forældre til børn med adfærdsproblemer viser **Tully, et al (2016)**, at korte forældreinterventioner rummer positive betydninger i forhold til forældreevner i håndteringen af adfærdsproblemer og forældres mestringsoplevelser. I studiet konkluderes det, at uddannelse af supervisor er af afgørende betydning i forhold til implementering af programmet, der med andre ord fungerer som en faktor, der har befordrende betydning for korte forældrekursers positive effekter. Der er tale om et systematisk review, der inkluderer 8 studier med i alt 836 deltagende familier.

I forbindelse med en skolebaseret intervention omhandlende forebyggelse af depression hos børn og unge peger **Garmy, et al (2015)** på resultater, der viser signifikante positive betydninger i forhold til lavere grad af depressive symptomer hos de deltagende børn og unge efter interventionen. Studiet har blandt andet til hensigt at identificere interventioner, der fungerer i hverdagskontekster såsom skolen. En forklarende faktor i forhold til indsatsens positive betydning er, at interventionen har medført, at de deltagende unge har lært nye måder at tænke på i forhold til deres forståelser og reaktioner. Der er således tale om en kognitiv adfærdsterapeutisk teoretisk forankring. Der peges på en mulig barriere for god implementering af skole- og manualbaserede indsatser, der omhandler at dele af materialet til de unge er for omfattende og for vanskeligt at læse for flere af de deltagende. Som følge heraf var det nødvendigt at justere indsatsen, der således i højere grad tog konteksten i betragtning.

Et andet ikke-indsatsspecifikt fund af relevans er en undersøgelse af betydninger af børneorienterede og forældreorienterede interventioner rettet mod adfærdsmæssige vanskeligheder. **Roskam, et al (2017)** peger på, at såvel de børneorienterede som forældreorienterede interventioner er virksomme, når de er rettet mod specifikke variable såsom social kognition og mestringsoplevelse, og at intet peger på signifikante forskelle i forhold til interventionens fokus, der begge vurderes virksomme. Her er ikke nødvendigvis tale om et kontinuum med fællesskab kontra individ, men snarere hvilke typer af fællesskaber, interventionerne er rettet mod. De børnecentrerede interventioner rapporteres at være betydningsfulde, da de styrker børns sociale kognition og øger impuls kontrol og evner til at løse konflikter. I forhold til de forældrecentrerede interventioner peger studiet på, at forældre får ændret synet på deres børn og disses opførsel, evner og vanskeligheder og ligeledes får øget mestringsoplevelser i forhold til forælderollen.

Forskningskortlægningen har identificeret et studie, der rummer central viden om screeningspraksis i forhold til børn og unge med emotionelle og adfærdsmæssige problemer. Studiet er inkluderet, da det vurderes at udgøre en komponent i god praksis omkring lettere behandling.

**Bruhn, et al (2014)** undersøger programmer, der skal bistå skoler i at screene børn og unge med emotionelle og adfærdsmæssige problemer. Alene 12,6% af de adspurgte skoler rapporterede, at de systematisk screener for emotionelle og adfærdsmæssige problemer. En række faktorer udgør barrierer i forhold til implementering af screeningsprocesser: Ikke-adækvat økonomi, ikke-adækvate screeningsinstrumenter, manglende kompetencer i forhold til at indsamle og fortolke data og modvilje mod at kategorisere elever.

Et andet forhold omkring mulige komponenter i god praksis omkring lettere behandling er kompetencerne i anvendelsen af manual- og evidensbaserede indsatser. I en undersøgelse af skolepsykologers kompetencer, i forhold til at anvende evidensbaserede interventioner rettet mod mental sundhed, konkluderer **Shernoff, et al (2017)**, at skolepsykologers mange opgaver (caseload) er en reel barriere i forhold til implementeringen af en mere evidensbaseret skolepsykologisk praksis. Studiets konklusioner foreslår en udvidet forståelse af skolepsykologisk praksis, der rummer kvalificeret uddannelse i anvendelsen af evidensbaserede praksis i forhold til mental sundhed. Skolepsykologisk praksis skal, i forhold til evidensbaserede praksis, være fleksibel og sensitiv i forhold til komplekse kontekster.

Slutteligt er der i forskningskortlægningen inkluderet et studie, der rummer viden om dokumentationspraksis. **Clausson, et al (2015)** understreger, gennem resultater fra en undersøgelse af udfordringer med dokumentation af skoleelevers psykosociale sundhed, at der er problemer med manglende dokumentation/registrering i forhold til arbejdet med børn og unges mentale sundhed, og studiet konkluderer, at systematisk og troværdig dokumentation er nødvendig i arbejdet med mental sundhed og trivsel. Anvendelse af en struktureret registrerings- og dokumentationsmodel vurderes som nødvendig og effektiv. Studiet peger på, at udfordringer med korrekt dokumentation af skoleelevers mentale sundhed i en vis grad hænger sammen med manglende uddannelse og færdigheder i forhold til at foretage systematisk dokumentation.

### 6.3 Opsamlende analyse

Litteraturgennemgangen har været guidet af følgende undersøgelsesspørgsmål:

*Hvad kendetegner betydningsfulde lettere behandlingstilbud, og hvilke strukturelle mulighedsbetingelser og potentielle barrierer eksisterer i forhold til implementering af lettere behandlingstilbud?*

Som følge af kortlægningens scope, søgestreng og in- og eksklusionskriterier er der identificeret, overvejende international, forskningsviden om 9 af de 23 indsatser, der nævnes ovenfor. For de resterende 14 indsatser, er der identificeret studier, der mødte in- og eksklusionskriterierne. Dette kan blandt andet forklares med det forhold, at søgningen har været konstitueret af både de specifikke indsatser, kontekstuelle faktorer og behovet for viden om forhold, der fremmer eller hæmmer implementering. Som nævnt er der vægtige metodiske grunde til, at ikke samtlige af de 23 indsatser er repræsenteret i kortlægningen af forskningslitteratur.

Ovenstående narrative syntese har, gennem en tematisk fremstilling, fremdraget litteratur, der peger på en række centrale fundament for konstitueringen af god praksis i forhold til lettere behandlingstilbud. Det er af afgørende karakter at fremhæve, at kortlægningens resultater ingenlunde må forstås generaliserende, men alene således, at de identificerede studier peger på forhold og faktorer, der rummer en særlig kontekstualiseret viden om mulige positive betydninger af specifikke indsatser eller forhold omkring forudsætninger og barrierer for implementering af disse indsatser. Når der således i denne opsamlende analyse peges på betydninger af indsatser for lettere behandling, hviler konkluderende betragtninger på enkelte studier, hvilket gør sig gældende i denne kortlægnings- og synteseform. Dog skal det fremhæves, at det samlede antal respondenter i de inkluderede studier omfatter 19.787, hvilket betyder, at der er tale om et betragteligt materiale, der styrker grundlaget for konklusioner i forbindelse med forskningskortlægningen. Således må kortlægningen af forskningslitteraturen læses med disse metodiske forbehold for øje.

Fem inkluderende studier indikerer, at **"De utrolige år"** rummer positive betydninger for såvel børn som forældre. Det er blandt andet fremhævet, at den ekstra støtte i hjemmet (Home Parent Support) afstedkommer mere positive betydninger af anvendelse af "De utrolige år", hvilket hænger sammen med, at mulighedsbetingelserne for implementeringen af gode strategier øges i hjemmene. Indsatsen viser sig ligeledes positiv for elever med opmærksomhedsforstyrrelser, hvor forældre i højere grad anvender proaktive metoder og en mere positiv attitude over for deres børn. Endelig fremdrager studierne, at anvendelsen af "De utrolige år" reducerer forældres og læreres oplevelser af adfærdsproblemer, og at indsatsen med positiv betydning kan anvendes målrettet for familier med en svag socioøkonomisk baggrund.

Tre inkluderende studier viser, at **"Cool Kids"** medfører særdeles positive betydninger blandt andet i form af reduktion i oplevelsen af angstsymptomer. Da der blandt andet er tale om et systematisk review, der inkluderer undersøgelser af 1.579 "Cool Kids"-indsatser, er evidensvægten betragtelig. Studierne peger ligeledes på, at "Cool Kids" med fordel kan implementeres i en skolekontekst, men at der må tages højde for lokal kultur og kontekstspecifikke faktorer. Varigheden af indsatsen vurderes også positiv, da followupstudier viser effekter efter 3 og 12 måneder. Endvidere tyder noget på, at interventionens varighed rummer en vis omkostningseffektivitet, men medfører ligeså, at forældre rapporterer, at interventioner er for korte.

Indsatsen **"PMTO"**, der er afprøvet i en nordeuropæisk kontekst, viser også positive betydninger i forbindelse med interventioner omkring adfærdsproblematikker. Studiet synes imidlertid i ringe grad at bidrage med forklaringer på mekanismerne bag de positive betydninger og advokerer for mere forskning. Noget tyder imidlertid på, at de positive betydninger af PMT bliver større, når indsatsen kombineres med en gruppebaseret kognitiv adfærdsterapeutisk indsats og peger således på, at indsatsen "Coping Power" fremmer de positive betydninger af PMT.

Kortlægningen har også identificeret et studie om den gruppebaserede indsats **"Coping Power"**. Studiet peger på, at gruppebaserede forløb om angst og stress kan have de samme positive betydninger som mere individrettede indsatser. På samme vis som flere af kortlægningens andre inkluderende studier rettet mod angst har "Coping Power" positive betydninger for oplevelsen af mestring i forbindelse med børn med adfærdsmæssige

problemer. Mestringsbegrebet må antages at være centralt, når der skal peges på betydninger af indsatserne rettet mod angstsymptomer.

Indsatsen **"Resourceful Adolescent Program"** rummer ligeledes positive betydninger for de deltagende unges oplevelse af mestring og emotionel regulering. Resultaterne peger endvidere på, at interventioner på det individuelle niveau er mindre betydningsfulde end interventioner, der inkluderer skolemiljø og forældre og således er mere fællesskabsorienterede. Dette er der således flere af de inkluderede studier, der konkluderer, hvilket kan benyttes som et pejlemærke for god praksis på området. Dette begrundes blandt andet i, at de mere gruppebaserede tilgange styrker interventionerne blandt andet af den årsag, at forhold som mestringsoplevelser og -strategier og erkendelser af subjektive vanskeligheder særligt bliver til og styrkes i peer to peer-interaktioner.

I forhold til faktorer, der har betydning for implementering af indsatserne, fremdrages der blandt andet viden om, i forbindelse med indsatsen **"Good Behavior Game"**, at støttende funktioner er afgørende i implementeringshenseende. Fagprofessionelle, der monitorerer implementeringen af indsatser og sikrer løbende justeringer af interventionen og implementeringen i en given kontekst, har i forbindelse med flere af studierne vist sig centralt. Dette handler blandt andet om arbejdet med at integrere indsatser i eksempelvis skolers curriculum, kultur og dagligdag og sikre en whole-school approach i forbindelse med implementeringen.

Forskningskortlægningen indbefatter studier, der rummer viden, der kan forstås konstituerende i forhold til det, der kendetegner elementer i god praksis om lettere behandling. Dette omhandler blandt andet forhold om screeningspraksis i forbindelse med børn og unges mentale sundhed og således kompetencerne til at kunne identificere unge i risiko. Kortlægningen peger på forhold, der fungerer som barrierer for god screeningspraksis. Endelig viser kortlægningen, at manglende uddannelse og tid er en forklarende faktor i forbindelse med mangelfuld dokumentationspraksis i relation til børn og unge i mistrivsel, samt at psykologers uddannelse i manual- og evidensbaserede indsatser er af betydning i forhold til god praksis i forbindelse med lettere behandling.

Der kan således på baggrund af litteraturkortlægningen fremdrages en række faktorer, der fremmer eller hæmmer implementeringen af lettere behandlingsindsatser. Det er blandt andet faktorer som økonomiske rammer, kompetencemæssige vilkår, graden og kvaliteten af undervisning og støtte i specifikke indsatser.

Et større systematisk review viser, at der ikke er tilstrækkelig evidens for, at indsatsen **"Aggression replacement training" (ART)** medfører positive betydninger for selvkontrol eller sociale færdigheder.

Flere studier peger på varigheden af indsatsernes positive betydninger. I forbindelse med **"Cope Connect"** viser kortlægningen, at denne medfører positive betydninger i forhold til oplevelse af stress hos forældre, reducere af dysfunktionelle forældrestrategier og reducere af både forældres og unges mentale problemer. Netop "Cope Connect" synes at rumme betydninger på både kort og længere sigt.

Et studie i kortlægningen anlægger en komparativ tilgang mellem en manualbaseret indsat i form af "Cool Kids" og en individorienteret **caseformuleringsbaseret behandling**. Studiet peger på, at den



individorienterede caseformuleringsbaseret tilgang tillader en højere grad af fleksibilitet sammenlignet med den manualbaserede tilgang, hvilket vurderes positivt og betydningsfuldt.

Kortlægningen viser endvidere, i forbindelse med indsatsen "**Adolescent Coping with Depression Course**", at en tidlig gruppebaseret intervention, der er forankret i kognitiv teori og anvendt i en hverdagskontekst, bidrager til en reduktion af depressive symptomer.

# 7 Pejlemærker for god praksis for lettere behandling i PPR

I dette kapitel præsenteres 8 pejlemærker for god praksis for lettere behandling i PPR baseret på den samlede undersøgelse af PPR.

Dette kapitel er at betragte som et katalog med pejlemærker for god praksis for lettere behandling i PPR. Pejlemærkerne centrerer sig om evnen til at skabe stærke relationer til kolleger, børn og forældre samt evnen til at koordinere og samarbejde smidigt og tværfagligt på tværs af myndigheder. Samtidig er systematik og kontinuitet et gennemgående tema i god praksis, både i forhold til PPR's teoretiske fundament, dokumentation af indsatser og evalueringspraksis.

Kataloget indeholder 8 pejlemærker, som ifølge caseundersøgelsen er de mest karakteristiske pejlemærker for god praksis i relation til lettere behandling i kommunernes PPR. I udviklingen af de 8 pejlemærker er desuden inddraget viden fra litteraturkortlægningen. Pejlemærkerne er relevante for PPR's arbejde med lettere behandling af alle børn og unge fra 0-18 år (selvom det typisk vil være børn i skolealderen).

Nedenfor præsenteres de 8 pejlemærker, der kan tjene som en oversigt over god praksis i PPR i relation til lettere behandling af børn og unge i psykisk mistrivsel. Hvert enkelt pejlemærke udfoldes yderligere i de følgende afsnit i kapitel 4.

De 8 pejlemærker præsenteres hver for sig, men skal forstås sammenhængende og i indbyrdes relation.

Tabel 7.1. Oversigt over de 8 pejlemærker for god praksis i relation til lettere behandling i PPR

Pejlemærke for god praksis	Hovedpointer
1) Tværgående organisering og forskelligartede samarbejdsflader fremmer indsatsen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organisationsformen i PPR bør bygge på en model, der muliggør tæt samorganisering med både daginstitutions-/skoleområdet og familieområdet, da lettere behandlingstilbud ofte kræver en tæt koordinering mellem disse områder.</li><li>• PPR bør balancere mellem nærkonsultativ bistand til børn, forældre og professionelle og en tilpas distance til skolens/dagtilbuddets daglige praksis. Et øget udbud af lettere behandling kræver en organisation med høj relationel kapacitet samt velstrukturerede og kontinuerlige samarbejdsflader, herunder med børne- og ungdomspsykiatrien.</li></ul>
2) Fælles vidensgrundlag som udgangspunkt sætter retningen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arbejdet med lettere behandling bør være funderet i et samlet, veldefineret teoretisk ståsted. Dette skal kunne omsættes i en faglig</li></ul>

Pejlemærke for god praksis	Hovedpointer
	<p>retning, der indeholder børnesyn, kontekst, børnefællesskaber og det relationelle samspil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det teoretiske udgangspunkt skal så vidt muligt genspejles hos PPR's samarbejdspartnere, så der arbejdes i samme retning, og så samarbejdsproblemer minimeres.</li> </ul>
<p>3) Enkle visitationsprocedurer tilgodeser afklaring og tilgængelighed</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitation til lettere behandlingstilbud bør være enkel, og de professionelle bør have kendskab til tilbudsviften i kommunen.</li> <li>• Det bør være let for forældre at orientere sig i forhold til tilbudsviften.</li> <li>• Der bør være én indgang til hjælp. Det bør være de professionelle, der tager ansvar for opgavens placering hos den relevante instans, så forældrene ikke skal føle sig som "koordinerende sagsbehandlere".</li> <li>• Det skal være muligt hurtigt at etablere kontakt til PPR, hurtigt at blive visiteret til et lettere behandlingstilbud og hurtigt at kunne starte i behandlingen, så barnets tilstand ikke forværres i ventetiden.</li> <li>• Forældrene skal føle sig forstået med deres syn på problemerne. Dette giver et godt udgangspunkt for det videre arbejde.</li> </ul>
<p>4) Systematiske beskrivelser muliggør overførbare, udvikling og gentagelse af indsatser</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der bør udarbejdes systematiske beskrivelser af indsatser for at sikre en lettere opstart, gennemførelse og udvikling af indsatser.</li> <li>• Systematiske beskrivelser muliggør desuden en hurtig etablering eller genetablering af indsatser.</li> </ul>
<p>5) Målrettet praksis skaber progression</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPR bør arbejde med målrettet praksis og med flere typer af tydelige og klare mål for at sikre virksom lettere behandling.</li> <li>• Mål bør opstilles i samarbejde med brugere af det lettere behandlingstilbud for at understøtte en stærkere involvering.</li> <li>• Mål bør justeres undervejs i lettere behandlingsforløb, så de tilpasses barnets/den unges udvikling.</li> </ul>
<p>6) Evaluering og registrering giver retning for udvikling</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der bør anvendes forskellige evalueringsformer til forskellige typer af indsatser, så evalueringen tilpasses indsatsens mål.</li> <li>• Evaluering bør være struktureret og kontinuerlig.</li> <li>• Evaluering bør anvendes til at justere indsatser undervejs, så det sikres, at børn og forældre i størst muligt omfang oplever en mærkbar udvikling og udbytte af indsatsen.</li> <li>• Registreringer på henvendelsesårsag, alder og køn bør anvendes til at justere tilbudsviften, så der er bedre overensstemmelse mellem de kategorier af mistrivsel, som børnene oplever, og de eksisterende lettere behandlingstilbud.</li> </ul>
<p>7) Alsidige faglige og personlige kompetencer hos medarbejdere styrker indsatser</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• God praksis kræver, at relevante medarbejdere: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Besidder faglig viden og kompetencer samt har specialiseret efter-/videreuddannelse eller certificering inden for forskellige behandlingsmetoder.</li> <li>– Har kontinuerlig indsigt i ny forskning samt almenviden om børne- og ungeområdet, skole- og daginstitutionsområdet samt inklusion og læreres og pædagogers faglighed.</li> <li>– Har reflekse, relations- og kommunikative kompetencer, der sættes i spil i forhold til børn, unge, forældre og professionelle.</li> <li>– Har gruppeledelse- og formidlingskompetencer til at varetage opgaver i forbindelse med psykoedukation og gruppeforløb.</li> </ul> </li> </ul>

Pejlemærke for god praksis	Hovedpointer
8) Bredden i lettere behandlingstilbud imødekommer forskellige behov hos børn og unge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunen – med PPR som central aktør – bør efterstræbe at tilbyde en bred vifte af forskelligartede, lettere behandlingstilbud, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Konsultativ bistand til forældre</li> <li>– Gruppetilbud til børn og unge</li> <li>– Individuelle samtaler og forløb</li> <li>– Konsultativ bistand til lærer/pædagoger</li> </ul> </li> <li>• Større kommuner vil både økonomisk og praktisk have lettere ved at tilbyde en bred vifte af indsatser end mindre kommuner. Mindre kommuner bør overveje muligheden for at gå sammen om at tilbyde indsatser på tværs af kommunegrænser.</li> </ul>

I de følgende 8 underafsnit uddybes hvert enkelt pejlemærke.

## 7.1 Pejlemærke 1: Tværgående organisering og forskelligartede samarbejdsflader fremmer indsatsen

### 7.1.1 Hovedpointer

- Organisationsformen i PPR bør bygge på en model, der muliggør tæt samorganisering med familieområdet, da lettere behandlingstilbud ofte kræver en tæt koordinering mellem de 2 områder.
- PPR bør balancere mellem nærkonsultativ bistand til børn, forældre og professionelle og en tilpas distance til skolens/dagtilbuddets daglige praksis.
- Et øget udbud af lettere behandling kræver velstrukturerede og kontinuerlige samarbejdsflader og en organisation med høj relationel kapacitet samt et intensiveret samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien.

Analysen viser, at PPR's placering og organisering i kommunen ser ud til at have betydning for, hvordan arbejdsgange i forhold til lettere behandling kan lattes og udvikles samt understøtte de voksne (forældre, lærere og pædagoger), der omgiver de involverede børn og unge.

En placering sammen med eller tæt på familieområdet smidiggør udvikling af arbejdet med lettere behandlingstilbud, som ofte kræver et tæt samarbejde og gennemført koordinering med familieområdet, hvis der skal sikres kontinuitet og sammenhæng i indsatsen over for barnet og dets forældre.

Som det fremgår af afsnit 2.2.1 og 2.4.2 ser det desuden ud til, at et sådant tæt samarbejde med familieområdet kan etableres, uden at dette sker på bekostning af samarbejdet med skoler og dagtilbud.

### 7.1.2 Tværgående organisering

For at kunne etablere god praksis af lettere behandling er der identificeret 2 organisatoriske modeller, der samtænker PPR med familieområdet. En opmærksomhed kan rettes mod at børns behov for lettere behandling kan have sammenhæng med familiens problematikker, men ikke nødvendigvis har det, da de også kan have udspring i skole/daginstitution.

Den første model er en samlet enhed med PPR, familieområdet, dele af sundhedsplejen og behandlingsskole typisk organiseret som et familiehus (se figur 1). Et familiehus kan sammensættes og organiseres på mange forskellige måder. I denne model refererer hele familiehuset direkte til direktøren, og der er en leder af PPR og en chef af familiehuset. Når alt

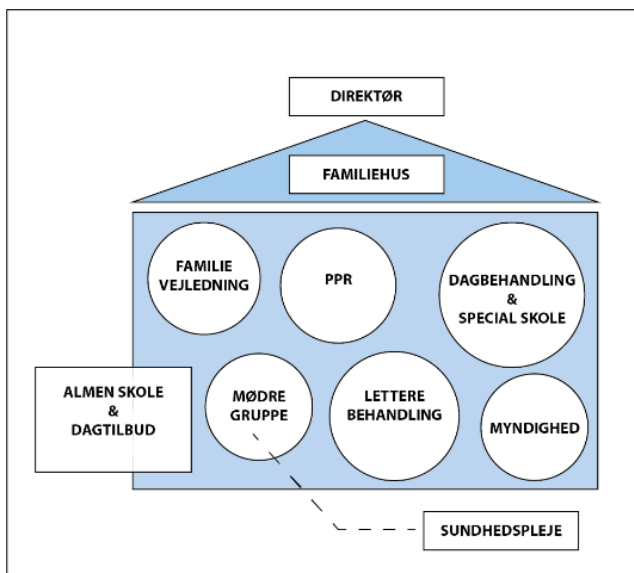
personale er samlet i et fælles hus, smidiggør den fysiske samorganisering samarbejdet og understøtter udviklingen af relationel kapacitet.

Den anden model skal ses som en overordnet organisationsmodel, som i praksis kan se ud på forskellige måder. Det primære er, at børn og unge i psykisk mistrivsel tages hånd om af PPR, familieområdet, sundhed og det specialpædagogiske område.

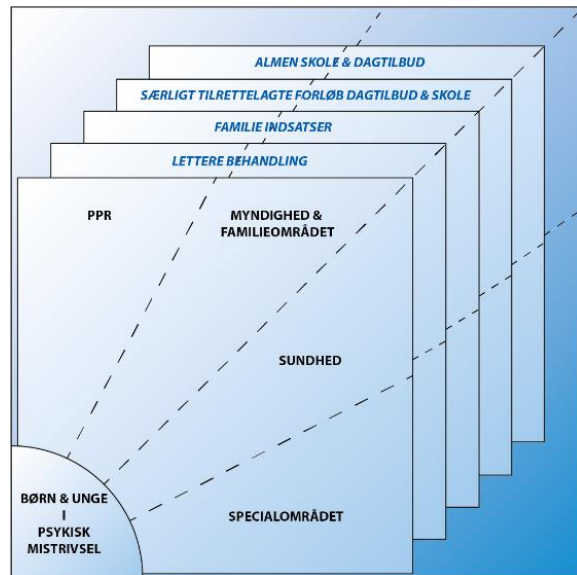
Disse 4 enheder håndterer sammen lettere behandling, familieindsatser, særligt tilrettelagte forløb i dagtilbud og skole og almen skole og dagtilbud.

Organisatorisk er de samlet under samme direktør, men hvert område har en selvstændig leder. Det er fremmede for udvikling af den relationelle kapacitet, at områderne er fysisk lokaliseret tæt på hinanden (se figur 2). Det er kendetegnende for disse organiseringsformer, at de har været organiseret i siloer, hvor siloer forstås som 2 adskilte systemer med vertikalt samarbejde og en mindre grad af horisontalt samarbejde. Der ses en opblødning af silotænkning i forskellige grad, hvilket ses ved et overløb mellem områderne.

Fælles for disse organisationsmåder er, at der er en tilbudsvifte, som går på tværs af de enkelte enheder, og at det er opgavens art, der bestemmer, hvem der deltager i opgaven. Skoler og daginstitutioner peger på, at disse organiseringsformer fungerer, selvom PPR ikke er placeret i skole- og dagtilbudsområdet.



FIGUR 1. FAMILIEHUS - OPGAVEN SÆTTER HOLDET



FIGUR 2. FÆLLES TILBUDSVIFTE - OPGAVEN SÆTTER HOLDET

Disse 2 organisationsformer kan bringe forskellige udfordringer med sig i forhold til kommunistørrelse, hvor det i små kommuner kan tænkes at være vanskeligt at have så stor en bredde i medarbejderstaben, at der kan ske en sikring af specialistkompetencer, og at have tilstrækkeligt med ressourcer og efterspørgsel til at kunne udbyde en bred vifte af indsatser. Omvendt kan man forstille sig, at der i store kommuner vil kunne opleves samarbejdsudfordringer og organisatoriske udfordringer grundet størrelsen. Dette vil også kunne have betydning for kommunernes muligheder for at implementere enkle og smidige visitationsprocesser.

Begge disse 2 modeller kan medvirke til at sikre, at barnet og familien ikke udsættes for 2 samtidige og eventuelt modsatrettede indsatser. Styrken ved begge disse 2 organisationsmåder er, at indsatserne kan være koordinerede og helhedsorienterede og dermed medtænke flere arenaer i barnets liv.

På den måde understøttes familierne, idet de problematikker, som børn og forældre henvender sig med, ofte er komplekse problemstillinger, der trækker tråde ud i barnet/den unges forskellige livsarenaer.

Dermed går de lettere behandlingsindsatser på tværs af de klassiske opdelinger med adskilte skole- og familieproblematikker, hvorfor god praksis omfavner hele barnets liv og øger udviklingsmulighederne. Det er derfor vigtigt, at der i højere grad end tidligere tænkes i tværgående organisationsformer, der muliggør, at de professionelle kan koordinere deres indsatser. Det er muligt at arbejde med forskellige variationer inden for en tværgående organisering, og det er derfor muligt at indtænke disse ændringer i mange af de strukturer, der allerede eksisterer i den enkelte kommune.

Det kan således hæmme implementering af lettere behandling, hvis skole- og familieafdelinger arbejder ud fra forskellige lovgrundlag, mindsets og i nogen tilfælde også forskellige teoretiske grundpositioner. Dette indebærer en risiko for, at man kommer til at arbejde kontraproduktivt ved at modarbejde hinanden. En styrket dialog mellem afdelinger kræves derfor, hvis det tætte samarbejde skal fungere optimalt.

Det fremhæves som fremmede for implementering af lettere behandling, at der sker en opblødning af silotænkningen, og at der etableres tværfaglige samarbejdsflader, hvilket samtidig kan være hæmmende, hvis de mange samarbejdsflader bliver for tids- og ressourcekrævende at vedligeholde. Det synes fremmede, at der fra ledelsesmæssig side skabes en strukturel ramme, hvor det gode samarbejde på tværs i kommunen kan udvikles, så det ikke alene bliver personbåret og dermed skrøbeligt.

### **7.1.3 Nærhed og distance**

Det er kendetegnende for god praksis, at PPR i sin organisationsform kan balancere mellem nærhed og distance. Der peges på en praksis, hvor PPR's medarbejdere ikke bliver en del af hverdagslivet i skoler/dagtilbud, da en vis afstand bidrager til at skærpe faglige perspektiver og vurderinger i forhold til konkrete problemstillinger. Samtidig træder det frem som befordrende med viden om relevante aspekter, der knytter sig tæt til problemstillingen og den kontekst, den optræder i.

Dette beskrives som en god praksis med nærkonsultativ bistand til skoler og dagtilbud og en tilpas distance til skolens/dagtilbuddets daglige praksis.

Det har vist sig fremmede for udviklingen af faglige miljøer, at PPR-medarbejderne som udgangspunkt er placeret centralt, men at de samtidig skal være tilgængelige i det decentrale miljø, hvor de er tilknyttet særlige skoler og dagtilbud.

Der peges fra PPR's perspektiv på, at en distance mellem PPR og skole- og dagtilbudsområdet kan bidrage til at kvalificere faglige perspektiver samt fastholde en neutral position i forhold til skolers og daginstitutioners eventuelle andre problematikker, hvorfor den konsultative bistand kan blive mere fokuseret.

Omvendt peges der fra skole og dagtilbud på, at når fx PPR-psykologen ikke kommer og ser barnet i barnets kontekst(er), eller læreren i sin praksis, kan det resultere i for "generelle gode råd", der ikke bliver virksomme i en specifik problemstilling. Samtidig ønsker særligt ledere og lærere, at psykologerne havde en træffetid på skolen, hvor lærerne kunne vende deres bekymringer og tiltag i relation til børn og unge i psykisk mistrivsel. Samtidig ønsker lærere og pædagoger, at psykologer i højere grad ser barnet/den unge i deres kontekster.

Således får det betydning, at PPR-organiseringen kan balancere en nærkonsultativ bistand og samtidig et perspektiv, der har en tilpas distance til skolens/dagtilbuddets daglige praksis.

#### **7.1.4 Samarbejdsflader, tværfaglighed og struktur for samarbejde**

God praksis indeholder velstrukturerede og kontinuerlige samarbejdsflader og en organisation med høj relationel kapacitet og et intensiveret samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien. Disse samarbejder er både monofaglige PPR'S egne faggrupper imellem og tværfaglige samt interne og eksterne i forhold til PPR.

På tværs af interviewdata beskrives det, at de fælles samarbejds møder nok er mange, men at de anses for at være afgørende og nødvendige for at kunne:

- skabe et fælles børnesyn hos de professionelle på tværs af organisationer
- udvikle relationel kapacitet i organisationen
- udvikle kompetencer hos medarbejderne
- skabe helhedsorienterede indsatser, som går på tværs af børnenes livsarenaer og inviterer forældrene ind som aktive, medansvarlige og vigtige i børnenes behandlingsforløb

Der italesættes samarbejdsflader, der skal være velstrukturerede og kontinuerlige, for at der kan etableres god praksis. De kan fx etableres gennem følgende:

- Chefer for børne-/familieområdet, PPR samt skole og dagtilbud har mødefora, hvor formålet er at afklare og udvikle organisering, kommandoveje, snitflader og arbejder med kompetenceudvikling på tværs af de forskellige afdelinger, så der skabes et fælles værdigrundlag og et fælles teoretisk fundament for arbejdet med børn og unge og deres familier i mistrivsel. Det bliver således afgørende, at der ledelsesmæssigt skabes rammer for dette samarbejde.
- Faglige mødefora forstået som fagmøder for psykologer, logopæder, rådgivere, ergoterapeuter mv. Formålet med disse møder er at sikre fagfaglig sparring og udvikling og derved sikre kvalitet i arbejdet med børn og unge i psykisk mistrivsel.
- Møder internt i PPR, hvor der dels sker en videndeling, supervision og fælles faglig retning, dels en koordinering af indsatser og fordeling af arbejdsopgaver.
- Tværfaglige mødefora på skoler og daginstitutioner forstået som møder, der afholdes på tværs af områder og fagligheder. Deltagerne her bør være psykologer, logopæder, sundhedsplejerske, skoleleder/daginstitutionsleder, lærere/pædagoger og forældre. Alt efter den konkrete sag inviteres de relevante mødedeltagerne. På disse møder tages enkelte sager op, der sker en drøftelse af mulige indsatser og forståelser, og der starter rådgivning og eventuelt visitation. Formålet med disse møder er derudover, at

indsatserne koordineres. Disse tværfaglige møder er med til at sikre kvalitet i indsatserne, da der kommer flere forskellige faglige perspektiver på praksis, og de er med til at sikre fremdrift i indsatserne.

- Konsultative vejledningsforløb som mødefora, hvor der arbejdes med at udvikle pædagogisk praksis i relation til et barn eller børnegruppe i mistrivsel. Deltagere er lærere og pædagoger samt psykologer og pædagogisk-psykologiske konsulenter<sup>41</sup>. Målet med disse møder er ændret praksis for barnet såsom øgede deltagelsesmuligheder, øget omsorg og øget opmærksomhed.

Interviewdata med PPR-ledere, medarbejdere og samarbejdspartnere peger på, at det formaliserede samarbejde og samorganiseringen er vigtig, men at dette suppleres væsentligt af medarbejdernes, lederens og organisationens relationelle kapacitet.

Med relationel kapacitet menes, at medarbejderne – ud over at være afklarede omkring deres eget kompetenceområde – også skal have overblik over kollegers og samarbejdspartneres arbejde og kompetencer. Det kræver, at der arbejdes med at udvikle og vedligeholde en lang række relationer med kolleger, både i eget regi og i forhold til andre enheder og organisationer. For at samarbejdet er effektivt, vil en del af samarbejdet skulle foregå uden for de formelle samarbejdsstrukturer, gennem personlig kontakt, telefonopkald, personlige møder osv. Som en del af god praksis bliver det en ledelsesopgave i PPR at opbygge relationel kapacitet og en kultur, der er åben, transparent og responsiv.

Det er væsentligt, at de lettere behandlingstilbud er tilgængelige i kommunalt regi, hvorfor PPR meningsfuldt kan varetage hele eller dele af de lettere behandlingsindsatser, men det er ikke afgørende, hvor indsatserne er organisatorisk placeret, så længe organisationen er præget af høj relationel kapacitet.

### **7.1.5 Udvikling af samarbejdet med børne- og ungdomspsykiatrien**

Det store landsdækkende program om "Fremskudt psykiatri" vurderes at have bragt PPR og børne- og ungdomspsykiatrien tættere på hinanden.

Et tættere samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien bør være en del af god praksis. De nye samarbejdsflader bidrager ind i tværfaglige vurderinger af problemstillinger med PPR. Samtidig kan et udbygget samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien muliggøre, at indsatserne over for det enkelte barn justeres i forhold til intensitet gennem længerevarende indsatser, og at børn og familier oplever, at der er en samkoordineret indsats.

Der peges på, at den psykiatriske viden er relevant i forhold til børn i psykisk mistrivsel, da dels henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien lettes og kvalificeres, dels at et psykiatrisk perspektiv kvalificerer relevante indsatser til de børn og unge samt forældre, der har behov for dette. For at kvalificere dette samarbejde som en del af god praksis, ser der ud til at være et behov for, at børne- og ungdomspsykiatrien koordinerer indsatserne. Der er behov for, at dette samarbejde vedligeholdes og videreudvikles, hvis PPR skal have en større rolle i forhold til lettere behandling.

Det ser ud til at være en hæmmende faktor for en succesfuld implementering af lettere behandling i PPR, hvis psykiatriens mere medicinske blik med et mere entydigt individfokus ender med at dominere samarbejdet og indsatsen



over for barnet/den unge. PPR's styrke er blandt andet at se individet kontekstuel og systemisk. Denne afbalancering kræver derfor et stort fokus for opnåelse af succes i den lettere behandling.

## 7.2 Pejlemærke 2: Fælles vidensgrundlag som udgangspunkt sætter retningen

### 7.2.1 Hovedpointer

- Arbejdet med lettere behandling bør være funderet i et samlet, veldefineret teoretisk ståsted. Dette skal kunne omsættes i en faglig retning, der indeholder børnesyn, kontekst, børnefællesskaber og det relationelle samspil.
- Det teoretiske udgangspunkt skal så vidt muligt genspejles hos PPR's samarbejdspartnere, så der i arbejdet kan sikres, at der arbejdes i samme retning, og så samarbejdsproblemer minimeres.

---

God praksis tager udgangspunkt i, at PPR som enhed har et fælles vidensgrundlag og et italesat teoretisk grundlag, der kan omsættes til et veldefineret samlende børnesyn, og som formår at medtage kontekst, børnefællesskaber og det relationelle samspil i forståelsen og arbejdet med unikke problemstillinger.

Dette må være beskrevet, så det kan skabe faglig retning for PPR's praksis med lettere behandling for børn og unge i mistrivsel. Det skal fremhæves, at undersøgelsen ikke viser, at ét bestemt, teoretisk grundlag er bedre end et andet, men snarere, at et fælles, beskrevet, teoretisk grundlag fremmer et velfungerende fagligt samarbejde.

Samtidig skal praksis i PPR sikre, at der skabes rammer for faglig ledelse og sparring på en kvalificeret og kontinuerlig måde hos alle medarbejdere, og at der skabes rammer for, at de valgte faglige retninger kan omsættes i praksis. Dette gælder internt i PPR, men også i det tværfaglige samarbejde med fx familie- og sundheds- og almenområdet.

Der ligger en særlig ledelsesopgave i at definere det fælles, samlende teoretiske ståsted og sikre loyalitet herom blandt medarbejderne. Det kræver, at medarbejdere har et stærkt og bredt teoretisk fundament og erfaring, hvilket på den ene side kan være udfordrende for nyuddannede medarbejdere, men på den anden side opstiller en ramme for medarbejdernes virke og sikrer hensigtsmæssig og virkningsfuld praksis.

På tværs af interviewdata fremgår det, at det har været, og stadig er, et stort og udfordrende arbejde at skabe et fælles teoretisk grundlag på tværs af afdelinger, eftersom perspektivet på problemstillinger er forskelligt. En for forskelligartet grundforståelse medvirker til, at der opstår samarbejdsvanskeligheder. Det forudsætter, at fagligheden udvikles og vedligeholdes gennem strukturer og møder mellem de professionelle, hvor der arbejdes med konkrete sager og modeller, og hvor der arbejdes med en fælles overordnet faglig forståelsesramme i forhold til udvikling af et fælles mindset og sprog for børn og unge i psykisk mistrivsel.

Et fælles vidensgrundlag hos PPR og hos PPR's samarbejdspartnere ser på den ene side ud til at fremme implementeringen af lettere behandling, da fælles børnesyn bliver en kommunikativ platform, men på den anden side er



### Systemisk teori som fælles platform

I en kommune arbejdes der med systemisk teori som fælles platform for indsatserne i PPR. Dette har betydet en fælles referenceramme i samarbejdet internt. Ligeledes betyder det, at der er en tydelighed i arbejdsgange og kommunikation i samarbejdet med skoler, børn og forældre.

det et stort og vanskeligt strategisk og ledelsesmæssigt arbejde at fremme og koordinere et sådan fælles grundlag. Det bliver derfor vigtigt at se på udbytte i forhold til den samlede ressourceanvendelse.

Det kendetegner god praksis, at medarbejderne arbejder ud fra et fælles, overordnet teoretisk grundsyn, da det sikrer en vis ensartethed i mødet med brugere, men at der stadig er plads til individuel faglig refleksion. Samlende bliver det kendetegnende for god praksis, at der arbejdes med en vis metodisk bredde, så der fagligt velbegrunder kan selekteres og justeres i metoder og faglige forståelser. Samtidig er det kendetegnende for god praksis, at det erkendes, at de behov, børn/de unge og forældre kommer med, er forskellige og kalder på forskellige interventioner, der har udgangspunkt i forskellige teoriforståelser og metoder.

Det kendetegner ligeledes god praksis, at denne står på en solid vidensbase. Det vil sige, at PPR kontinuerligt søger ny, praksisnær og anvendelsesorienteret viden fra forskning og fra praksis. God praksis er kendetegnet ved, at man formår at systematisere og operationalisere denne viden.

### **7.3 Pejlemærke 3: Enkle visitationsprocedurer tilgodeser afklaring og tilgængelighed**

#### **7.3.1 Hovedpointer**

- Visitation til lettere behandlingstilbud bør være enkel, og de professionelle bør have kendskab til kommunens samlede tilbudsvifte målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel.
- Det bør være let for forældre at orientere sig i forhold til tilbudsviften.
- Der bør være én indgang til hjælp. Det bør være de professionelle, der tager ansvar for opgavens placering og varetagelse hos den relevante instans, så forældrene ikke skal føle sig som "koordinerende sagsbehandlere".
- Det skal være muligt hurtigt at etablere kontakt til PPR, hurtigt at blive visiteret til et lettere behandlingstilbud og hurtigt at kunne starte i behandlingen, så barnets tilstand ikke forværres i ventetiden.
- Forældrene skal føle sig forstået med deres perspektiv på problemerne. Dette danner et godt udgangspunkt for det videre arbejde.

---

Set fra et forældreperspektiv er det centralt, at det er enkelt og simpelt for forældre at finde relevante tilbud om støtte og hjælp og en nem adgang til kontakt. Dette kan fx gøres ved, at der kun er én indgang til alle relevante instanser og tilbud. Når første kontakt er etableret, bør medarbejderen sikre, at familien får støtte og løbende opfølgning, særligt i tiden frem mod opstarten i behandlingstilbud, som opleves som vanskelig for forældrene. Første kontaktperson bør have et solidt kendskab til kommunens tilbudsvifte, så henvisning foretages sikkert og målrettet, ligesom visitation/videre henvisning bør foregå smidigt og hurtigt, da ventetiden er pinefuld og kan forværre barnets/den unges situation. Et særligt fokus bør rettes på vanskeligheden i at bede om hjælp, og her viser det sig, at skolens personale spiller en væsentlig rolle i forhold til forældrenes erkendelsesproces.

#### **7.3.2 Visitationspraksis**

God praksis i forhold til visitation til lettere behandling for børn og unge i mistrivsel adskiller sig fra anden kendt visitationspraksis i PPR, fx visitation til specialundervisning, da den er væsentlig kortere. Det er kendetegnende for god praksis, at det er muligt at lave en hurtig og fleksibel visitering uden PPV

(pædagogisk-psykologisk vurdering) til lettere behandlingstilbud, da barnet/ den unge ikke nødvendigvis har behov for specialundervisning. Det er kendetegnede ved den gode praksis, at der efter henvendelse til PPR sker en hurtig visitation til et relevant lettere behandlingstilbud, da tid ofte er af afgørende betydning for, om barnets tilstand forværres. Samtidig er det væsentligt, at der kun er én indgang til hjælp i kommunen, så forældrene ikke oplever at skulle være "koordinerende sagsbehandlere".

### **7.3.3 Kendskab til tilbudsviften**

Da børn og unge i psykisk mistrivsel opdages af fx lærere, pædagoger, sundhedsplejersker, logopæder, akt-vejledere og forældre, er det afgørende for god praksis, at disse forskellige parter kender tilbudsviften af lettere behandling i kommunen. Dette er nødvendigt for at kunne lede børn og forældre mod de relevante tilbud og for at smidiggøre igangsætningen af tilbud, så det kan ske så hurtigt og effektivt som muligt. På tværs af interviewene med forældrene forekom det gentagende gange, at de ikke kendte til de relevante lettere behandlingstilbud i kommunen, og at de brugte lang tid på at lede efter relevante tilbud på internettet. Det var gennemgående, at det er lærere, pædagoger, skoleledere eller sundhedsplejersker, der har kendskab til de lettere behandlingstilbud. Arbejdet med at finde relevante indsatser kan understøttes af fx foldere eller tilsvarende let tilgængeligt materiale med beskrivelse af de enkelte tilbud samt en opdateret og let tilgængelig hjemmeside med tydelig information om visitationsvej og henvendelsesinformation såsom et telefonnummer og mulige henvendelsestidsrum.

### **7.3.4 Én indgang**

Det er en central del af god praksis, at forældre oplever, at der er én indgang, når de søger hjælp til deres barn i psykisk mistrivsel. Det betyder, at den medarbejder (psykolog, socialrådgiver, psykologisk pædagogisk medarbejder, sundhedsplejerske el.lign.), der først møder/bliver præsenteret for problemstillingen, etablerer kontakt til relevante professionelle og fastholder ansvaret og kontakten, til der er sket en ny kontaktetablering det relevante sted. Dette ansvar for koordinering af sagen i forhold til relevante professionelle, som kan være placeret i forskellige forvaltninger, bevirker, at forældrene ikke føler sig som "koordinerende sagsbehandlere". Det bliver væsentligt, at organiseringen har en intern arbejdsgang, der tilbyder et medansvar i forhold til at skabe kontakt til relevante tilbud/fagpersoner. Forældre får dermed en oplevelse af, at det bliver lettere at få adgang til et relevant tilbud, når "den, de først taler med, kender andre, eller ved hvem de skal spørge". En tværgående organisering på tværs af forvaltningsområder og en høj relationel kapacitet i organisationen kan være med til at understøtte etableringen af én indgang til hjælp for forældre og børn.

### **7.3.5 Tilgængelighed og hastighed**

Tilgængelighed er et gennemgående fund i god praksis vedrørende visitation til lettere behandling. Tilgængeligheden kan vise sig ved, at skoler og daginstitutioner, der henvender sig til PPR, har mulighed for at etablere hurtig kontakt – både i forhold til bekymringer om et barn og ved behovet for konsultativ bistand. Denne tilgængelighed styrkes ved, at der er faste træffetider med PPR samt mødedage for tværfaglige møder, som er fastlagte ved årets start. Tilgængelighed som et væsentligt element i god praksis er ligeledes beskrevet fra et forældreperspektiv, hvor mange forældre har oplevet det som en overvindelse at kontakte PPR. Her bliver det væsentligt, at PPR opleves som tilgængelig, og "at man ikke glemmes i en bunke".

Skoler, daginstitutioner og forældre beskriver, at det kendetegner god praksis, når PPR sørger for at minimere ventetid. Dette fordi det dels skaber frustration hos de professionelle over ikke at kunne iværksætte handlinger, dels fordi barnets mistrivsel forværres i ventetiden.

Da forældre og børn oplever ventetiden som værende "vanskelig", fra de henvender sig i PPR til de starter i eksempelvis et gruppeforløb, bliver det kendetegnende for god praksis, at PPR i denne periode er informativ om fx, hvor langt de er med hensyn til at handle på henvendelsen og agere relevant i forhold til barnets/den unges og familiens behov for hjælp.

### **7.3.6 At bede om hjælp**

Det bliver væsentligt i beskrivelserne fra forældrene, at det har været en erkendelsesproces at nærme sig lettere behandlingstilbud og bede om og modtage hjælp.

I henvendelsen og det første møde bliver det betydningsfuldt, at forældrene oplever sig forstået med deres vinkel på problemerne. Den afklarende del kan se forskellig ud, men på tværs af interviewdata er billedet, at når beskrivelserne af barnets problematik bliver genkendt af forældrene, og de oplever sig forstået i deres bekymringer her og nu og for fremtiden, bliver dette et godt udgangspunkt for det videre arbejde. Fx beretter forældre om paradokset ved, at deres børn holder facaden i skolen, men falder sammen, når de kommer hjem, eller at de fx slet ikke kommer i skole. Det er afgørende for god praksis, at disse forældre ikke blive mødt med skepsis.

Samtidig spiller ledere, lærere og pædagoger en væsentlig rolle i forhold til at kunne hjælpe forældrene med en erkendelse af behovet for hjælp.

## **7.4 Pejlemærke 4: Systematiske beskrivelser muliggør overførbare, udvikling og gentagelse af indsatser**

### **7.4.1 Hovedpointer**

- Der bør udarbejdes systematiske beskrivelser af indsatser for at sikre en lettere opstart, gennemførelse og udvikling.
- Systematiske beskrivelser muliggør desuden en hurtig etablering eller genetablering af indsatser.

---

Systematiske beskrivelser af behandling og indsatser styrker såvel en udvikling og forbedring af disse og som som en hurtigere indsats, udnyttelse af erhvervede erfaringer og sikring af en god anvendelse af medarbejderressourcer. De etablerede evidensbaserede programmer har ofte systematiske beskrivelser indbygget i indsatsen, og det anbefales, at egne udviklede tiltag sikres en tilsvarende systematik.

### **7.4.2 Systematiske beskrivelser udnytter ressourcerne**

Når lettere behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel bliver systematisk og omhyggeligt beskrevet, er det mindre ressourcekrævende for behandlerne at udvikle dem eller udvikle lignende tilbud.

Beskrivelserne af de lettere behandlingstilbud vil desuden føre til, at udviklede lettere behandlingstilbud kan gentages, i en justeret eller tilpasset form, både internt i kommunen og i andre kommuner. Derudover bliver de mindre sårbare over for medarbejderomsætning og i højere grad mulige at evaluere og justere gennem iterative processer.

Desuden fremhæver lederne og medarbejderne på tværs, at i en hverdag præget af højt arbejdspress medvirker beskrivelserne til, at lettere behandlingstilbud hurtigere kan iværksættes. På den måde udnyttes kommunernes ressourcer fuldt ud, og især i små kommuner kan det være en fordel med et tilgængeligt, afprøvet materiale, der kan bruges som udgangspunkt for nye tiltag.

#### **7.4.3 Udvikling og forbedring af tilbud styrkes**

Ved et krav om systematiske beskrivelser af udviklede tilbud ses også, at de udviklede tilbud er af bedre kvalitet og i stigende grad fremstår som solide og brugbare. På baggrund af systematiske beskrivelser bliver det desuden muligt at videreudvikle allerede udviklede og afprøvede tilbud og derved i længden at forbedre og målrette tilbud til det enkelte barn/den unge gennem brug af indhentede erfaringer.

I de evidensbaserede programmer er der velbeskrevne manualer, der er let tilgængelige, og som kan følges. De sikrer en ensartet behandling og ikke mindst målbeskrivelser og evaluering. Andre indsatser udvikles i PPR enten på medarbejderniveau eller på chefniveau på tværs af fx familie- og sundhedsområdet. Det fremhæves i interviewene, at der opleves øget videndeling og udvikling af indsatser, når der foretages grundige beskrivelser af disse. Det er derfor anbefalelsesværdigt, at kommunerne sikrer krav om sådanne beskrivelser på lignende vis, som ofte er indbygget i de evidensbaserede programmer.

### **7.5 Pejlemærke 5: Målrettet praksis skaber progression**

#### **7.5.1 Hovedpointer**

- PPR bør arbejde med målrettet praksis og med flere typer af tydelige og klare mål for indsatser, da dette er virksomt i lettere behandling.
- Mål bør opstilles i samarbejde med brugere af det lettere behandlingstilbud for at understøtte en stærkere involvering.
- Mål bør justeres undervejs i lettere behandlingsforløb, så de tilpasses barnets/den unges udvikling.

---

Mål for lettere behandling er en vigtig del af god praksis. For at mål skal være brugbare i lettere behandling, skal de rettes mod den specifikke indsats og være opstillet i samarbejde med de børn/unge og/eller de forældre, der skal anvende tilbuddet.

I forhold til lettere behandling af børn og unge i psykisk mistrivsel er der forskellige måder at arbejde med mål på. Der er dels de meget tydelige mål og tydelige rammer for opfyldelse af målene, som typisk opstilles i forbindelse med de evidensbaserede programmer såsom "Cool Kids" og "Back2School", dels mere overordnede mål, der er centreret omkring, at barnet udvikler mestringsstrategier, mere livskvalitet og selvstændighed, mål, der giver forældrene redskaber til at støtte og forstå deres barn.

God praksis skal kunne håndtere forskellige typer af mål for at være sensitiv i forhold til det enkelte barn og i forhold til forskellige problemstillinger.

#### **7.5.2 Tydelige og klare mål**

Der arbejdes med meget tydelige mål og en tydelig tidsramme for opfyldelse af målene i behandlingen i programstyrede lettere behandling såsom "Back2School" og "Cool Kids".

Disse mål opleves som virkningsfulde af psykologerne, der gennemfører behandlingen, da der arbejdes med en systematisk praksis i konkrete forløb, der er evidensbaserede, hvilket understøtter både børn og forældres fokus og progression og giver mulighed for formidling og tæt koordinering med andre samarbejdspartnere. Dette opleves som en styrke for en del forældre, som sammen med deres børn har deltaget i disse programmer, netop fordi det accelererer børnenes bedring og presser forældrene til at deltage.

Det støtter desuden forældrenes udvikling af en mere hensigtsmæssig adfærd, eksempelvis i at få dem til at gå fra at ville beskytte til at udfordre og støtte barnet. Samtidig opleves det som meget meningsfuldt, at mål kan nedbrydes til mindre delmål, hvorved barnet/den unge og forældre gennem forløbet oplever, at målene indfries. Disse forældre fremhæver, at det er afgørende, at målene tager udgangspunkt i netop deres barn og deres konkrete problematikker.

Det er virksomt i lettere behandlingstilbud, at der målsættes i samarbejde med brugere, så de føler sig set, hørt og mødt, og at der evalueres, så der kan justeres i forhold til progression og udvikling. I de tilfælde, hvor målene ikke nås eller ikke justeres, oplever brugerne, at de bliver overladt til selv at håndtere problemstillingen, og de lettere behandlingstilbud opleves dermed som ikke at matche det behov, brugeren kom med. Der bør derfor være fokus på, at hvis tydelige mål anvendes, skal disse justeres, følges og evalueres for at undgå frustration i stedet for udvikling.

Samtidig efterspørges der en fleksibilitet og sensitivitet i forhold til at justere målene, så alle børn opnår en rimelig målopfyldelse, når programmet slutter. Psykologer og forældre peger desuden samstemmende på, at det er relevant, at der opsættes mål for barnets videre udvikling, som forældrene skal forestå efter endt behandling.

### **7.5.3 Overordnede mål**

I andre typer af gruppetilbud såsom tilbud til søskende til handicappede børn, børn af psykisk syge forældre og børn i sorg, arbejdes der ikke i så høj grad med faste og tydelige mål som i de evidensbaserede programmer. Disse gruppetilbud er beskrevet og har en tydelig tidsramme, hvorved de i deres ramme ligner de evidensbaserede programmer, men de adskiller sig dog i deres måde at arbejde med mål på. Typen af mål for denne behandlingsform er mere åben og går typisk på at opnå en større forståelse af sig selv og andre og opnå større livsmestring. Disse mål opleves som virksomme, men samtidig vanskeligt dokumenterbare i forhold til tydelige, konkrete mål.

Denne type af mål går igen i vejledning af de professionelle, hvor vejledning kan have mere overordnede mål såsom at skabe mere struktur, mere klasseledelse, mere nærvær og flere deltagelsesmuligheder.

Informanter fra interviewene fremhæver, at mistro, og dermed behovet for lettere behandling, forstås som en sund reaktion på omstændigheder, der ikke er gode. Hvis der kun bliver arbejdet med barnet, har det ikke stor effekt. PPR arbejder både med det enkelte barn i vanskeligheder, men også med den kontekst, der er med til at generere vanskelighederne.

En konkret beskrevet problemstilling vil betyde, at der kan arbejdes med forskellige mål, i forskellige kontekster, men ud fra samme overordnede mål.

### **7.5.4 Løbende forhandling af mål**

I lettere behandling, hvor forældrene er den primære målgruppe, udgør mål en særlig sensitiv kategori. Hvis målene skal være brugbare og medvirke til

en øget progression, peges der på, at disse må sættes, forhandles og justeres igennem hele forløbet. I data fra interviewene med forældre fremhæver de, at løbende erkendelsesprocesser, der sker undervejs i forløbet, eksempelvis på baggrund af psykoedukation eller ændret fokus, måske bør føre til ændrede mål for interventionen.

### **7.5.5 PPR's egne tilbud og målsætning**

I forhold til at udføre lettere behandling varetager PPR selv nogle tilbud, som de derfor kan målfastsætte. I forhold til lettere behandling ifølge § 11 og § 11.3 er det ofte myndighedsområdet, der målfastsætter den overordnede karakter af disse. Interviewdata peger på, at disse indsatser bliver særligt virksomme, når PPR-psykologerne har fokus på at konkretisere og justere disse kontinuerligt og sammen med familierne

## **7.6 Pejlemærke 6: Evaluering og registrering giver retning for udvikling**

### **7.6.1 Hovedpointer**

- Der bør anvendes forskellige evalueringsformer til forskellige typer af indsatser, så evalueringen tilpasses indsatsens mål.
- Evaluering bør være struktureret og kontinuerlig.
- Evaluering bør anvendes til at justere indsatser undervejs, så børn og forældre i størst muligt omfang oplever at møde målene for indsatsen.
- Registreringer på henvendelsesårsag, alder og køn bør anvendes til at justere tilbudsviften, så der er bedre overensstemmelse mellem de kategorier af mistrovisel, som børnene oplever, og de eksisterende lettere behandlingstilbud.

---

Evaluering anføres som en væsentlig parameter for vurdering af, om en indsats virker efter hensigten, om der er progression i forløbet, om målet nås, og om indsatsen opleves som meningsfuld for barnet/den unge/familien. Som også de internationale erfaringer viser, skal evaluering være struktureret og kontinuerlig.

God evalueringspraksis er kendetegnet ved, at der er overensstemmelse mellem typen af indsats, mål og evalueringsform. Ud fra et ressourceperspektiv må det overvejes, i hvor høj grad evalueringen bruger ressourcer på bekostning af selve indsatsarbejdet. Internationale erfaringer peger desuden på, at systematisk dokumentation er centralt i arbejdet.

### **7.6.2 Evaluering af evidensbaserede programmer**

I forhold til lettere behandlingstilbud er der i de evidensbaserede programmer såsom "Cool Kids" og "Back2School" indbygget evaluering, monitorering og opfølgning.

Det opleves virksomt og motiverende af forældre til børn, der har benyttet tilbuddet, da evalueringen betyder, at barn og forældre kan se, at de flytter sig tættere mod målet undervejs, og at det gennem evalueringen er muligt at justere indsatsen, så barnet når de opsatte mål.

Det opleves som særligt væsentligt, at der er en opfølgende evaluering et stykke tid efter, at forløbet er slut, men flere forældre efterspørger mere opfølgning, end der er beskrevet i de evidensbaserede programmer.

### **7.6.3 Evaluering af gruppeindsatser af anden karakter**

I gruppeindsatser af anden karakter end de evidensbaserede programmer, fx sorggrupper og skilsmissegrupper, er der i højere grad tale om løbende refleksioner i forhold til håndtering af problemstillinger eller emotionelle udfordringer.

Disse evalueringer er ligeledes centrale og virksomme, da de tydeliggør en progression og fx mestringsstrategier eller andre udviklingsforhold. Målene i denne forbindelse kan være (men er ikke nødvendigvis) af mere overordnet karakter. Der arbejdes i god praksis med flere former for evaluering, som udarbejdes til de enkelte indsatser, der tilpasses tilbuddet, målet og målgruppen.

Disse evalueringer er væsentlige i god praksis, da de bruges til at vurdere, om der er progression i forløbet, til at justere tilbuddene og i forhold til, om indsatsen opleves som brugbar af børn og forældre.

### **7.6.4 Evaluering af konsultativ bistand til lærere og pædagoger**

Den primære evaluering af indsatser, der går igennem konsultativ vejledning af de fagprofessionelle, er evalueringsskemaer. Lærere og pædagoger oplever, at denne evaluering er mest virksom, hvis PPR-medarbejdere har været til stede og observeret de børn, som indsatsen er rettet mod. PPR-medarbejderne oplever dog omvendt, at det kan være svært for lærerne og pædagogerne at finde tid til at evaluere indsatserne. Samtidig fortæller lærere og pædagoger på tværs af data, at evaluering og særligt opfølgning på de indsatser, de har lavet, er udviklende og hjælpsomme. God praksis fordrer derfor, at arbejdet kan tilrettelægges sådan, at evalueringen kan finde sted, og i kommunerne bør man se på, hvordan ændrede strukturelle forhold kan styrke muligheden for at etablere sådanne evalueringsskemaer med højst muligt udbytte for de involverede parter.

### **7.6.5 Forskningsbaserede evalueringssystemer**

Som en del af god praksis kan det være særligt virksomt at anvende forskningsbaserede evalueringssystemer, da det sikrer kvalitet i evalueringerne. Det er gennemgående i casestudiet, at særligt 2 forskningsbaserede evalueringsmetoder fremhæves som relevante for en god praksis.

For det første Feedback Informed Treatment (FIT) og for det andet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), hvor sidstnævnte ligeledes fylder en del i de inkluderende studier i litteraturkortlægningen.

Feedback Informed Treatment (FIT) er et redskab der kan anvendes på tværs af sektorer, hvilket er relevant, da lettere behandling i stadig højere grad foregår som et samarbejde mellem forskellige afdelinger og typer af professionelle. FIT har til formål at evaluere og forbedre kvaliteten af indsatsen, måden den bliver anvendt på, samt forholdet til behandleren ved at inddrage feedback fra borgeren gennem tilbagevendende anvendelse.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) er dels et afdækningsværktøj, dels et evalueringssværktøj. Afdækningen har fokus på graden af børns og unges mistrivsel og vanskeligheder, hvor evalueringsskemaet anvendes til at monitorere, hvorvidt der sker en bedring med barnet eller den unges trivsel. Der screenes på 5 dimensioner som er hyperaktivitet/ uopmærksomhed, emotionelle problemer, adfærdsproblemer, problemer i forhold til jævnaldrende og sociale styrker. Redskabet kan, som en del af god



praksis, anvendes til at vurdere, hvorvidt en indsats har den intendede virkning for barnet eller den unge.

### **7.6.6 Registrering**

Som en mere overordnet form for evaluering er god praksis kendetegnet ved, at PPR foretager registreringer. Dette vil typisk være registrering af henvendelsesårsag, alder, køn og af anvendte indsatser. Disse registreringer bruges til ressourceallokering og personaleallokering. Derudover kan registreringerne anvendes til at analysere og forudsige problemstillinger i stigning og dermed sikre, at kommunen kan være på forkant med at udvikle relevante lettere behandlingstilbud. I god praksis vil registreringerne blive brugt til at justere kommunens tilbudsvifte, så der er bedre overensstemmelse mellem de aktuelle kategorier af mistriivsel og de eksisterende lettere behandlingstilbud.

Derudover lægger registrering op til en faglig refleksion over og prioritering af udbuddet af lettere behandlingsindsatser, der skal udbydes. Eksempelvis har det været gennemgående i interviewene med de af casekommunerne, der registrerer data om henvendelser, at registreringerne gør det muligt at identificere udviklinger i efterspørgslen. De rapporterer fx om en betydelig stigning i antallet af henvendelser med mistriivsel hos de yngste børn (0-6 år) og en stigning i henvendelser om skolevægning hos de større børn.

Denne type af information vil i god praksis blive gjort aktiv ved, som ovenfor beskrevet, at blive inddraget i udviklingen af tiltag målrettet bestemte kategorier af henvendelser og i forhold til en opmærksomhed på særlige former for henvendelser, herunder også at fokusere ressourceanvendelsen mest muligt.

## **7.7 Pejlemærke 7: Alsidige faglige og personlige kompetencer hos medarbejdere styrker indsatserne**

### **7.7.1 Hovedpointer**

Det bør sikres, at de relevante PPR-medarbejdere:

1. Besidder faglig viden og kompetencer samt har specialiseret efter-/videreuddannelse eller certificering inden for forskellige behandlingsmetoder.
2. Har kontinuerlig indsigt i ny forskning samt almenviden om børne- og ungeområdet, skole- og daginstitutionsområdet samt inklusion og læreres og pædagogers faglighed.
3. Har refleksive, relations- og kommunikative kompetencer, der sættes i spil i forhold til børn, unge, forældre og professionelle.
4. Har gruppeledelse- og formidlingskompetencer til at varetage opgaver i forbindelse med psykoedukation og gruppeforløb.

---

Som et element i god praksis bør der i PPR være fokus på den alsidighed af kompetencer, der kræves for at arbejde i dette komplekse felt med øje for børn og unge i deres miljø. Der fordres en række kompetencer såsom relationskompetence, faglig kompetence, formidlingskompetence, samarbejdskompetence og gruppeledelseskompetence. Derudover kræves der viden om børne- og ungeområdet, skole- og daginstitutionsområdet samt inklusion og lærere og pædagogers faglighed. For at sikre, at PPR-medarbejderne har disse kompetencer, skal der i PPR arbejdes målrettet med kompetenceudvikling og kontinuerlig supervision. Det viser sig desuden, at fokus på medarbejderudvikling har positiv indflydelse på fastholdelse af medarbejdere, et forhold, der kan spille en rolle for kommunerne.

En del af lettere behandlingsindsatser kræver en konkret efteruddannelse og/eller certificering. Disse kan gives på forskellige vilkår alt efter uddannelse og kravet til certificering. Således kan medarbejdere med forskellige uddannelsesbaggrunde<sup>42</sup> arbejde sammen i lettere behandlingsforløb, men på forskellige vilkår.

### **7.7.2 Samspil mellem faggrupper**

Understøttet af internationale erfaringer er det væsentligt for god praksis, at medarbejderne hos PPR har kompetencer til at varetage lettere behandling i forhold til børn i psykisk mistrivsel.

I interviewene fremhæves det netop, at PPR bør være "en tværfaglig udviklingsenhed, hvor alle de ansatte faggrupper har relevans, og hvor der arbejdes med læringsmiljøer og barnets kontekster i dagtilbud og skoler, eksempelvis med at kvalificere kompetencer og samspil med børnene". Der arbejdes med kropslige, kognitive, sociale samt emotionelle problematikker, der bevirker mistrivsel hos børn og unge. Som et element i god praksis bør der i PPR være fokus på den alsidighed af kompetencer, der kræves for at arbejde i dette komplekse felt med øje for børn og unge i deres miljø. Derudover kræver det viden om børne- og ungeområdet, skole- og daginstitutionsområdet samt inklusion og lærere og pædagogers faglighed. Ud over at medarbejderne, der forestår lettere behandling, må have teoretisk viden, peges der i de undersøgte PPR på, at medarbejderne må have en række kompetencer:

#### **1. Relationskompetence:**

Relationskompetence og mentaliseringsevne er grundlæggende kompetencer for at lave god praksis for børn og unge i psykisk mistrivsel. Behandlerne skal have kompetencer til at forstå og kommunikere med børn, forældre og samarbejdspartnere omkring børnene og unge. Derudover skal behandlerne have kompetencer til at justere og inddrage andre metoder eller tiltag i lettere behandlingstilbud, hvis det vurderes befordrende. Desuden skal de professionelle have mentalt beredskab til at håndtere afmægtighed hos børn og unge, der mistrives. Endvidere er det vigtigt, at behandlernes mindset arbejder med barnet/den unge i en kontekst, og med barnets/den unges perspektiv for øje, så barnet/den unge får oplevelsen af at blive mødt og hjulpet i de specifikke vanskeligheder, de står i.

#### **2. Faglige, tekniske kompetencer:**

De behandlere, der arbejder med lettere behandling, må have tekniske og metodiske kompetencer i forhold til at have samtaler med børn og have viden om og færdigheder i fagligt befordrende metoder, og den enkelte behandler må kunne sætte sig selv i spil sprogligt såvel som kropsligt.

#### **3. Formidlingskompetencer:**

Behandlerne må have viden om den almene udvikling og om særlige psykologiske problemstillinger. Det er en væsentlig kompetence, at behandlerne kan formidle denne viden, eksempelvis som psykoedukation til både børn, forældre og samarbejdspartnere som lærere og pædagoger. Dette understøttes af den kortlagte forskningslitteratur.

#### **4. Samarbejdskompetence:**

Behandlerne må have kompetencer inden for organisation og samarbejde, som indeholder et overblik over, hvor man skal henvende sig, kunne

---

<sup>42</sup> For at blive certificeret som behandler til "Cool Kids"-forløb skal man fx være psykolog eller psykiater. Andre faggrupper kan deltage i, og få bevis for, kursusdeltagelse, men kan ikke opnå certificering.

orientere sig og skabe samarbejde der, hvor de relevante tværfaglige og tværprofessionelle kompetencer, der kan bidrage til udvikling, findes. Dette fremgår på tværs af de gennemførte interviews.

### **5. Gruppeledelseskompetence:**

Det er væsentligt, at behandlerne har kompetencer til at facilitere og lede grupper i de relevante lettere behandlingstilbud. Denne kompetence har betydning, da den sikrer kvalitet i at arbejde med fællesskaber, skabe indhold, rammer og mål, samt i at inddrage aktiviteter til at fremme udvikling.

Det fremmer implementeringen af lettere behandling, at medarbejderne grundlæggende har en matchende kompetenceprofil i forhold til de indsatser, de varetager, og i forhold til den formidling, der eventuelt skal ske til familier og professionelle.

For at sikre, at PPR-medarbejderne har disse kompetencer, skal der i PPR arbejdes målrettet med kompetenceudvikling og kontinuerlig supervision. Efteruddannelse vil desuden ofte være en forudsætning for udbredelsen af lettere behandling. Således vurderes det, at mange medarbejdere og er godt klædt på til PPR-arbejdet, men skal lettere behandling udbredes, er det forventningen, at der skal investeres i en vis grad af opkvalificering til specifikke behandlingsmetoder.

Derudover peger PPR-lederne samlet på, at de lettere behandlingstilbud er med til at sikre, at medarbejderne udvikler nye kompetencer. Det ser ud til, at når PPR får mulighed for at udbyde og gennemføre lettere behandling, bliver det også lettere for PPR at rekruttere og fastholde kompetente medarbejder. Det er på denne baggrund en prioritering hos lederne at fordele opgaverne med lettere behandling mellem deres medarbejdere. Medarbejderne fortæller, at de oplever, at deres arbejde bliver varieret, og at de får mulighed for at udvikle og dygtiggøre sig. Medarbejdere oplever det som kvalificerende at komme tæt på børn og forældre og gøre sig erfaringer, som kan anvendes igen og videreudvikles.

## **7.8 Pejlemærke 8: Bredden i lettere behandlingstilbud imødekommer forskellige behov hos børn og unge**

### **7.8.1 Hovedpointer**

- Kommunen – med PPR som central aktør – bør efterstræbe at kunne tilbyde en bred vifte af forskelligartede indsatser og lettere behandlingstilbud, herunder som minimum indsatser inden for følgende hovedkategorier:
  - Konsultativ bistand til forældre
  - Gruppetilbud til børn og unge
  - Individuelle samtaler og forløb
  - Konsultative bistand til lærer/pædagoger
- Større kommuner vil både økonomisk og praktisk have lettere ved at tilbyde en bred vifte af indsatser end mindre kommuner. Mindre kommuner bør overveje muligheden for at gå sammen om at tilbyde indsatser på tværs af kommunegrænser.

God praksis ved lettere behandling fordrer, at kommunen samlet kan udbyde forskellige typer af lettere behandling, som kan imødekomme de forskelligartede behov. Den ovenstående opdeling af typer af lettere behandling er fremkommet på baggrund af datamaterialet. På tværs af

casekommunerne er disse indsatser blevet efterspurgt af forældre, lærere, pædagoger og PPR-medarbejdere. Disse indsatser og lettere behandlingstilbud optræder i casekommunerne. Disse kan alle være placeret i PPR eller delvist være placeret i PPR og andre steder i kommunen. Her peges desuden på udfordringer i form af manglende og blivende tilbud til fx de yngste børn, børn med traumer (fx traumatiserede flygtningebørn), børn i konfliktfyldte miljøer (skilsmisse) samt en særligt sårbar gruppe af unge, der er ældre end 18 år. Forskellige typer af psykisk mistrivsel kræver forskellige typer af lettere behandlingsindsatser, både gruppeindsatser og individuelle. Tilrettede indsatser bør udgøre en del af god praksis. Forældre bør tilbydes konsultativ bistand, fx gruppetilbud eller individuelle samtaler og forløb. Personale (lærere/pædagoger) omkring barnet/den unge bør samstemmende tilbydes konsultativ bistand, som kan indeholde psykoedukation.

Bemærk, at større kommuner både økonomisk og praktisk (fx inden for en overskuelig tidsramme at samle tilstrækkeligt med børn til et gruppeforløb) vil have lettere ved at tilbyde en bred vifte af indsatser end mindre kommuner. Mindre kommuner bør derfor overveje muligheden for at gå sammen om at tilbyde indsatser på tværs af kommunegrænser. Dette perspektiv er dog ikke undersøgt nærmere i denne undersøgelse, hvorfor det ikke beskrives mere detaljeret her.

### **7.8.2 Konsultativ bistand til forældre**

I den konsultative bistand til forældre fremhæves det som værende god praksis, når der arbejdes med forældrenes forståelse af den udløsende problematik og dermed barnets/den unges reaktioner, hvilket der er flere studier i litteraturkortlægningen der også peger på. Dernæst kendetegner det god praksis, at forældrenes perspektiv bliver anerkendt og medtaget som betydningsfuld viden til at justere tilbuddet, og sidst peges på vigtigheden af, at forældre oplever, at ansvaret for, at barnet trives, deles med fagpersoner, fx ved at de professionelle kan pege på adækvate handlemuligheder.

Som en del af den konsultative bistand kan der tilbydes psykoedukation i de situationer, hvor barnets/den unges psykiske mistrivsel er sammenvævet med en psykiatrisk diagnose eller særlige psykiske tilstande. Denne indsats kan være rettet mod både forældre og barnet/den unge eller andre professionelle. Igennem psykoedukationen opleves det, at der skabes nye forståelser og handlemuligheder og derigennem bedre trivsel for barnet/den unge. En del af de manualbaserede programmer rummer en grad af psykoedukation (fx "De utrolige År", "Cool Kids" og "Chilled"). Dette er typisk programmer, som enten har en kognitiv adfærdsteoretisk grundposition eller en neuroaffektiv grundposition.

### **7.8.3 Gruppetilbud til børn og forældre**

Udbuddet af forskellige former for gruppeindsatser udgør en del af god praksis. Gruppetilbud til fx angstproblematikker, skilsmisse, sorg og pårørende bliver særlig virksomt, når børn og forældre kan genkende sig i hinanden og i de problematikker, de er fælles om. Det forpligtende i at være i en gruppe får betydning for at arbejde på at skabe positiv forandring. Desuden bliver den oplevelse, der kan være af skyld og skam mindsket i de sammenhænge, hvor man møder andre "almindelige mennesker" i samme situation, hvilket opleves som en lettelse både for børn og voksne.

Forældrene beskriver gennemgående afmægtighed i forhold til barnets psykiske mistrivsel og i forhold til at få den relevante støtte til at hjælpe deres børn. Fællesskabet omkring dette skaber dels håb, dels en mulighed for

at støtte hinanden til at fastholde den positive udvikling efter indsatsens afslutning.

#### **7.8.4 Individuelle samtaler og forløb**

God praksis omfatter indsatser, der er organiseret som individuelle samtaler, og forløb for enkelte forældre til børn i psykisk mistrivsel og individuelle børn i psykisk mistrivsel. Det bliver virksomt, når der opleves en positiv forandring i forhold til den problematik, som familien ønsker hjælp til. Det fremhæves fra forældrenes perspektiv som særligt virksomt, når der opnås en ny og anderledes forståelse af barnets situation, bedring i samspillet med barnet samt gives ideer til og bekræftelse af hensigtsmæssige interventioner og adfærd.

Det er karakteristisk for god praksis, at forældre og børn ved, at de efter endt forløb kan henvende sig igen.

#### **7.8.5 Konsultativ bistand til lærere og pædagoger**

Når den konsultative bistand til lærere og pædagoger fremhæves som god praksis i relation til børn og unge i psykisk mistrivsel, peges der i særlig grad på, at det opleves meningsfuldt at omsætte en psykologisk faglig vurdering i børn og unges kontekst. PPR's medarbejdere med faglige kompetencer – både i det psykologiske vidensområde og i den pædagogiske/lærerfaglige kontekst – fremhæves som særlig kvalificerede til at omsætte psykologisk teori og forskningsviden til pædagogisk praksis. I god praksis arbejder konsulenten både "bagved, ved siden af og foran" læreren/pædagogen. Dette forstået som, at indsatsen kan være supervision og vejledning med baggrund i deres praksis, den kan bestå af vejledning med deltagelse i deres praksis, og endelig kan den foregå som eksemplarisk vejvisning.

Den konsultative bistand skal både rumme en merforståelse bundet i en anden faglighed end den, skolens eget personale besidder (akt-vejleder og inklusionsvejleder), fx i form af psykologisk viden om angst, kognition eller *arousal*, og dertil skal den kunne være omsættelig i den kontekst, lærere/pædagoger arbejder i, med en realistisk forståelse af den kompleksitet, de selv opfatter som grundvilkåret for deres arbejde.

#### **7.8.6 Fremadrettet indsatsbehov**

God praksis indeholder en opmærksomhed på, at mange unge i psykisk mistrivsel bliver særligt udsatte i overgange. Dette kan fx være fra børnehave til skole og fra grundskole til ungdomsuddannelse. Der ønskes fra PPR's side, at der etableres tilbud, som strækker længere end til 18 år for de særligt udsatte unge.

Desuden peger medarbejdere på tværs af kommunernes PPR på, at der mangler et blivende, lettere behandlingstilbud til børn og unge med skolevægring, en indsats, der arbejder med selvtillidsboost, flere programmer for de yngste børn, indsatser til børn med traumer (fx traumatiserede flygtningebørn) samt permanente sorggrupper og grupper for børn i konfliktfyldte miljøer (skilsmisse). Dette er eksempler på den bredde, der efterspørges inden for lettere behandlingsindsatser.

PPR's samlede tilbud skal matche de behov, børnene og de unge har, hvorfor det bliver vigtigt med både individuelle, gruppe- og konsultative tilbud. Derudover skal de være tilgængelige inden for en tidsramme, der ikke forværrer børnenes tilstand. Det kan være vanskeligt at udbyde og vedligeholde en relevant vifte af lettere behandlingstilbud, hvis det kræver en

stor personalekapacitet, der skal justeres og uddannes i takt med ændring i indsatserne.

# 8 Bilag 1:

## Datagrundlag

Bilaget giver et overblik over omfanget og indholdet i 3 af undersøgelsens 4 primære datakilder, som består af en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse samt casestudier i 10 udvalgte kommuner til kortlægning af PPR og casestudier i 5 udvalgte kommuner til afdækning af god praksis.

### 8.1 Casestudier til kortlægningen

Dataindsamlingen er forløbet gennem fysiske besøg i hver af de 10 casekommuner. På hvert besøg har vi haft et ønske om at gennemføre 4 interviews med hver sin målgruppe for at belyse PPR-indsatsen fra flest mulige perspektiver.

De udvalgte interviewpersoner inkluderer:

1. PPR-lederen
2. Teamledere og nøglemedarbejdere i PPR
3. Relevante ledere på tværs af undervisnings-, dagtilbuds-, familie- og sundhedsområdet, herunder skoleledere
4. Økonomikonsulent(er)

Det er lykkedes os at gennemføre alle 10 casebesøg, hvor vi har afholdt i alt 39 interviews. Kun i ét enkelt tilfælde var det ikke muligt at aftale et tidspunkt med kommunens PPR-medarbejdere inden for dataindsamlingsperioden.

Tabel 7.2. Afholdte interview i hver af de 10 casekommuner

Casekommuner	Interview m. PPR-lederen	Fokusgruppe m. nøglemedarbejdere	Fokusgruppe m. centrale fagchefer	Fokusgruppe m. PPR-medarbejdere
Esbjerg	x	X	x	x
Frederiksberg	x	X	x	x
Greve	x	X	x	-
Helsingør	x	X	x	x
Holstebro	x	X	x	x
Hvidovre	x	x	x	x
Rebild	x	x	x	x
Skanderborg	x	x	x	x
Svendborg	x	x	x	x
Vordingborg	x	x	x	x

Under afrapporteringen har vi desuden drøftet centrale hypoteser med PPR-lederen i Slagelse Kommune, hvilket gør, at det samlede antal interviews ender på 40.

## 8.2 Casestudier til afdækning af god praksis

Følgende 5 kommuner blev inviteret til undersøgelsens 2. del om afdækningen af god praksis for lettere behandling i PPR:

- 1) Lemvig
- 2) Aarhus
- 3) Mariagerfjord
- 4) Slagelse
- 5) Fredensborg

De 5 kommuners praksis er undersøgt ved casebesøg og kvalitative interviews og fokusgrupper. I alt er der gennemført 39 interviews med PPR-chefer, PPR-psykologer med lettere behandlingsfunktion, PPR-medarbejdere med lettere behandlingsfunktion. Disse kan fx være uddannet cand.pæd.pæd.psyk., skole-/dagtilbudsledere, pædagoger, lærere og forældre.

Det har igennem udvælgelsen af informanter været tilstræbt at tilvejebringe forskellige perspektiver på PPR's arbejde med lettere behandling. Her er fokuseret på dels et internt perspektiv repræsenteret ved PPR-chef og PPR-medarbejdere, dels på et perspektiv fra dem, der har PPR som samarbejdspartnere, nemlig skoleledere, lærere og pædagoger fra daginstitutioner.

Endvidere rummer data et forældreperspektiv fra forældre, der selv, eller hvis børn eller begge dele, har benyttet PPR's lettere behandlingstilbud. 15 interviews er gennemført som fokusgruppeinterview med 2-4 deltagere, 23 er gennemført som enkeltinterview.

## 8.3 Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaet er blevet sendt til i alt 91 kommuner, svarende til den fulde population fraregnet de kommuner, som ikke har en selvstændig PPR-enhed.



Det drejer sig i særlig grad om mindre (Ø)kommuner, som indkøber PPR-ydelser fra en større nabokommune.

Af tabellen nedenfor fremgår den samlede population og dennes fordeling på fuldførte, delvist gennemførte besvarelser og manglende besvarelser.

Tabel 7.3. Spørgeskemabesvarelser opgjort i procent og antal

Spørgeskemabesvarelser	Procent (kommuner)
Inviterede	100% (91 kommuner)
Fuldførte besvarelser	72,5% (66 kommuner)
Delvist gennemførte besvarelser	11% (10 kommuner)
Ikke besvaret	16,5% (10 kommuner)

#### 8.4 Datamæssige usikkerheder forbundet med spørgeskemadata

Der er en række fejlkilder knyttet til anvendelsen af spørgeskemadataene, som understreger vigtigheden af at behandle resultaterne med forsigtighed. Dels er der identificeret en række uoverensstemmelser i PPR-ledernes svarmønstre, fx svarer kun 15% af PPR-lederne, at de ikke tilbyder lettere behandling, mens 26% af PPR-lederne har angivet, at PPR bruger 0% af tiden på lettere behandling. Dels har mange PPR-ledere angivet, at de bruger tæt på 100% af deres ressourcer på lovpligtigt arbejde, mens deres procentvise fordeling på forskellige arbejdsopgaver giver et andet indtryk. Sammen med de gennemførte casebesøg giver det samlet set et indtryk af, at spørgeskemaet i visse tilfælde er besvaret relativt hurtigt og med en vis grad af tilfældighed med hensyn til den præcise angivelse på en fempunktsskala. Svarmønstrene og de gennemførte casebesøg har også givet indtryk af, at der er store forskelle på, hvordan PPR-lederne har fortolket de forskellige spørgsmål. Fx indgår angstgruppeforløbet "Cool Kids" som både en forebyggende, foregribende og indgribende indsats hos forskellige kommuner.

Der kan desuden især for visse typer af spørgsmål være en iboende usikkerhed forbundet med, at PPR-lederen skal evaluere egen indsats. Denne bekymring understøttes af flere af casebesøgene, hvor der sommetider var en vis grad af divergens mellem PPR-lederens egen oplevelse af fx samarbejdet med øvrige kommunale aktører, end hvad der kom til udtryk i fokusgruppemødet med fagchefer fra disse aktører.

# 9 Bilag 2 Søgerapport til litteraturkortlægningen

## 9.1 Databaser og søgestreng

I denne litteraturkortlægning søges såvel national som international forskningsviden med vægt på sidstnævnte, da der som nævnt ovenfor tidligere er foretaget en kortlægning af nordisk litteratur. Da litteraturkortlægningens genstandsfelt konstitueres af både en pædagogisk og en sundhedsvidenskabelig tradition, tager søgningen afsæt i et valg af databaser, der netop tager udgangspunkt i denne tværfaglighed – dog med en vægtning på pædagogiske databaser set i lyset af, at konteksten netop er skole-, dagtilbud og pædagogisk-psykologisk rådgivning.

Der er foretaget søgninger i følgende 6 databaser: Educational Resources Information Center (ERIC), PsycInfo, Education Research Complete, Academic Search Premier, ProQuest samt Den danske forskningsdatabase.

Der afgrænses sprogligt til nordiske sprog og engelsk, og tidmæssigt afgrænses fra 2014 til 2020. Der søges desuden alene efter fagfællebedømt litteratur. Der anvendes bloksøgning i progredierende iterationer, og i det følgende redegøres for de forskellige blokke.

### BLOK 1 Emne/indsats

"cool Kids" OR "chilled" OR "emotion" OR "self-efficacy" OR "back2School" OR "coping cat" OR "friends for life" OR "smart" OR "metacognitive behavioral therapy" OR "ACDC" OR "adolescent coping with depression course" OR "PALS" OR "NUSSA" OR "doors" OR "parent management training" OR "PMTO" OR "mind my mind" OR "adapted aggression replacement training" OR "AART" OR "incredible years" OR "coping power program" OR "cope connect" OR "case formulation approach" AND "cognitive-behavior therapy" OR "school refusal assessment scale" OR "hemmasittarprogram" OR "depresjonsmestring for ungdom"

<b>BLOK 2</b> Trivsel/mistrivsel	AND	"mental health" OR "student health" OR "wellbeing" OR "mental health service*" OR "anxiety*" OR "depression*" OR "school refusal" OR "at risk"
<b>BLOK 3</b> Setting/kontekst	AND	"daycare" OR "kindergarten" OR "preschool" OR "school" OR "primary education" OR "primary school" OR "secondary school" OR "K-12" OR "junior high" OR "high school" OR "primary grade*" OR "secondary grade*" OR "grade* 1" OR "grade* one" OR "first grade" OR "grade* 2" OR "grade* two" OR "second grade" OR "grade* 3" OR "grade* three" OR "third grade" OR "grade* 4" OR "grade* four" OR "fourth grade" OR "grade* 5" OR "grade* five" OR "fifth grade" OR "grade* 6" OR "grade* six" OR "sixth grade" OR "grade* 7" OR "grade* seven" OR "seventh grade" OR "grade* 8" OR "grade* eight" OR "eighth grade" OR "grade* 9" OR "grade* nine" OR "ninth grade" OR "grade* 10" OR "grade* ten" OR "tenth grade" OR "grade* 11" OR "grade* eleven" OR "eleventh grade" OR "grade* 12" OR "grade* twelve" OR "twelfth grade" OR "support" OR "supportive practice*" OR "preventive" OR "interventional"
<b>BLOK 4</b> Implementering	AND	"implement" OR "implementation" OR "barriers" OR "structure*" OR "sustainability" OR "strategy" OR "strategies" OR "practice*" OR "policy" OR "policies" OR "effectiveness" OR "evidence" OR "organization" OR "time" OR "resource*"

<b>BLOK 5 Kompetencer</b>	AND	"competence" OR "competencies" OR "training" OR "education" OR "supervision" OR "Psychologist" OR "school psychologist" OR "therapist" OR "speech therapy*" OR "speech therapist" OR "counselling" OR "counsellor" OR "advisor"
-------------------------------	-----	---

### 9.1.1 ERIC

Resultater ved iterativ bloksøgning i ERIC:

Blok 1: 3.578

Blok 2: 6.292

Blok 3: 46.799

Blok 4: 65.163

Blok 5: 80.824

Ved kombineret søgning på alle 5 blokke er resultatet: 186

### 9.1.2 PsycInfo

Resultater ved iterativ bloksøgning i PsycInfo:

Blok 1: 12.060

Blok 2: 73.516

Blok 3: 103.100

Blok 4: 132.757

Blok 5: 60.986

Ved kombineret søgning på alle 5 blokke er resultatet: 580

### 9.1.3 Education Research Complete

Resultater ved iterativ bloksøgning i Education Research Complete:

Blok 1: 6.224

Blok 2: 19.527

Blok 3: 85.152

Blok 4: 95.106

Blok 5: 109.740

Ved kombineret søgning på alle 5 blokke er resultatet: 340

### 9.1.4 Academic Search Premier

Resultater ved iterativ bloksøgning i Academic Search Premier:

Blok 1: 23.768

Blok 2: 229.187

Blok 3: 490.739

Blok 4: 749.288

Blok 5: 209.293

Ved kombineret søgning på alle 5 blokke er resultatet: 1.110

### 9.1.5 ProQuest

Resultater ved iterativ bloksøgning i ProQuest:

Blok 1: 80.248

Blok 2: 165.711

Blok 3: 514.860

Blok 4: 729.062

Blok 5: 318.692

Ved kombineret søgning på alle 5 blokke er resultatet: 175

### 9.1.6 SAGE Journals

Resultater ved iterativ bloksøgning i SAGE:

Blok 1: 56.459

Blok 2: 108.562

Blok 3: 339.626

Blok 4: 410.599

Blok 5: 214.984

Ved kombineret søgning på alle 5 blokke er resultatet: 85

### 9.1.7 Den danske forskningsdatabase

Der kan ikke, som i tilfældet ved ovenstående databaser, søges i blokke i forskningsdatabasen, og ligeledes kan søgefunktionen kun håndtere få søgetermer. Af denne årsag er den oversatte søgestreng reduceret i omfang og appliceres i iterationer, der over flere søgninger forsøger at indramme de rette kombinationer af søgeord. De i forskningsdatabasen anvendte iterative søgestrengene lyder:

"De utrolige år" OR "PALS" OR "Depresjonsmestring for ungdom" OR "Hemmasittarprogram" OR "Funktionsmodellen" OR "Metakognitiv adfærdsterapi" OR "Mestringskatten" OR "Caseformuleringsbaseret behandling" OR "Det mestrerende Barn" OR "Cool Kids" OR "Chilled" OR "Emotion" OR "mestring" AND "Mental sundhed" OR "mistrivsel" OR "trivsel" OR "angst" OR "depression" OR "skolevægring"

"De utrolige år" OR "PALS" OR "Depresjonsmestring for ungdom" OR "Hemmasittarprogram" OR "Funktionsmodellen" OR "Metakognitiv adfærdsterapi" OR "Mestringskatten" OR "Caseformuleringsbaseret behandling" OR "Det mestrerende Barn" OR "Cool Kids" OR "Chilled" OR "Emotion" OR "mestring" AND "dagtilbud" OR "børnehave" OR "skole" OR "PPR" OR "pædagogisk-psykologisk rådgivning"

"De utrolige år" OR "PALS" OR "Depresjonsmestring for ungdom" OR "Hemmasittarprogram" OR "Funktionsmodellen" OR "Metakognitiv adfærdsterapi" OR "Mestringskatten" OR "Caseformuleringsbaseret behandling" OR "Det mestrerende Barn" OR "Cool Kids" OR "Chilled" OR "Emotion" OR "mestring" AND "implementering" OR "barrierer" OR "muligheder" OR "bæredygtighed" OR "struktur\*" OR "strategi" OR "evidens" OR "effektiv" OR "ressource" OR "organisering" OR "organisation" OR "tid" AND "kompetence\*" OR "uddannelse" OR "efteruddannelse" OR "supervision" OR "skolepsykolog" OR "skolepsykologi" OR "pædagogisk konsulent" OR "talepædagog" OR "logopæd" OR "konsultativ"

Kombinationen af disse søgestrengene resulterede i: **88 resultater**

Den indledningsvise bloksøgning og anvendelse af de kombinerede søgestrengene i den danske forskningsdatabase har således resulteret i 2.564 resultater. Samtlige resultater eksporteres til ProQuest RefWorks og gennemgås for dubletter. Såvel "Exact Match" som "Legacy Close Match" blev anvendt. 745 dubletter blev identificeret og blev følgelig frasorteret i Refworks. Det vil sige, at 1.819 referencer går videre til screeningsprocessen.

### 9.2 In- og eksklusionskriterier

I dette afsnit redegøres nærmere for de i litteraturkortlægningen anvendte kriterier for in- og eksklusion. Følgende inklusionskriterier er anvendt:

1. Litteraturen/studiet indeholder viden om lettere behandlingstilbud.
2. Litteraturen/studiet indeholder viden om forudsætninger og/eller barrierer for implementering af lettere behandlingstilbud.
3. Litteraturen/studiet indeholder viden, der angår målgruppen 0-18 år.
4. Litteraturen/studiet indeholder viden omhandlerende lettere behandlingstilbud inden for rammerne af dagtilbud, skole, uddannelse og pædagogisk-psykologisk praksis.
5. Litteraturen/studiet indeholder viden, der kan indikere betydning og virkningsmekanismer.
6. Litteraturen/studiet har karakter af empirisk forskning og systematiske reviews/metastudier.

7. Litteraturen/studiet er publiceret i 2014-2019.
8. Litteraturen/studiet er på engelsk, dansk, svensk eller norsk.
9. Litteraturen/studiet er fagfællebedømt.

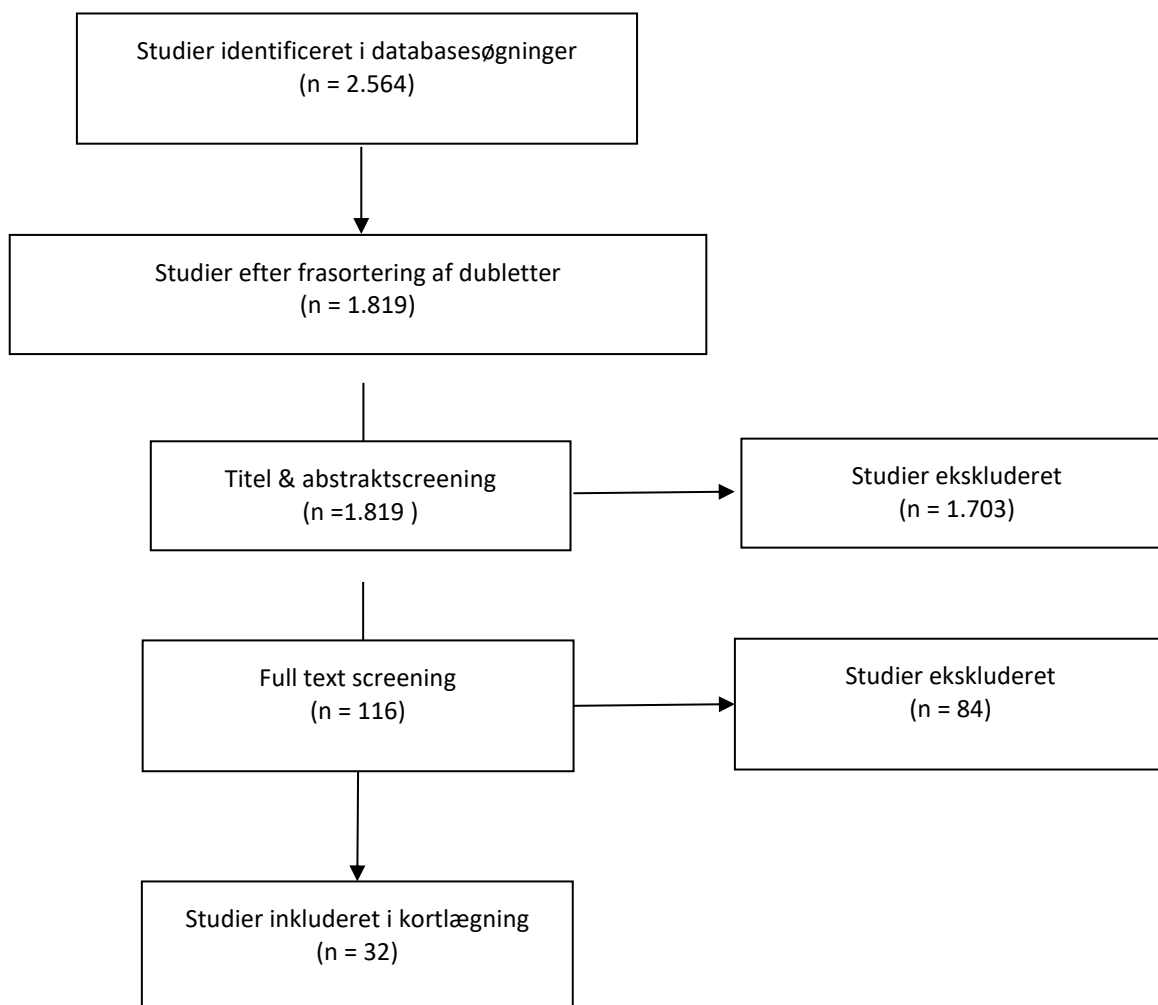
Følgende eksklusionskriterier er anvendt:

10. Litteraturen/studiet indeholder ikke viden om lettere behandlingstilbud.
11. Litteraturen/studiet indeholder ikke viden i en kontekst af dagtilbud, skole, uddannelse og pædagogisk-psykologisk praksis.
12. Litteraturen/studiet indeholder ikke viden, der angår målgruppen 0-18 år.
13. Litteraturen/studiet indeholder ikke viden, der peger på betydning og virkningsmekanismer i forhold til lettere behandling.
14. Litteraturen/studiet er ikke empirisk forskning, systematiske reviews/metastudier.
15. Litteraturen/studiet er ikke publiceret i 2014-2019.
16. Litteraturen/studiet er på andre sprog end engelsk, dansk, svensk eller norsk.
17. Litteraturen/studiet er ikke fagfællebedømt.

### **9.3 Screening og flowchart**

I alt 1.819 studier screenes på titel- og abstraktniveau i ProQuest Refworks. På baggrund af ovenstående in- og eksklusionskriterier frasorteres 1.703 referencer, hvilket indebærer, at 116 studier går videre til full text screening. 84 studier blev efterfølgende frasorteret enten på baggrund af, at studiet ikke opfyldte inklusionskriterierne eller af den årsag, at rekvirering af full text ikke var mulig. 32 studier er således indgået i kortlægningen.

Nedenstående flowchart illustrerer kortlægningsprocessen:



#### 9.4 Oversigt over inkluderede studier

Forfatter og publiceringsdata	Indsats, kontekst og deltagere	Metode	Fund og relevans
Mychailyszyn, M. P. (2017). "Cool" youth: A systematic review and comprehensive meta-analytic synthesis of data from the Cool Kids family of intervention programs	"Cool Kids" (N=1.579)	Systematisk review	Fund indikerer betragtelige effektstørrelser ved brugen af "Cool Kids" og positive betydninger for elever i forhold til reduktion af angst – både rapporteret af elever og af forældre. Indsatsen vurderes lovende i en skolekontekst i forhold til reduktionen af angst.  Programmet har været implementeret i multiple kontekster.
Mackay, B.; Shochet, I. og Orr, J. (2017). A Pilot Randomised Controlled Trial of a School-Based Resilience Intervention to Prevent Depressive Symptoms for Young Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Mixed Methods Analysis	Undersøger programmet "Resourceful Adolescent" (indsats mod depression)  Elever med autisme, alder 6-7 år (N=29)	Mixed methods	Programmet "Resourceful Adolescent Program" (indsats mod depression) viser, at elever oplever mere mestring og emotionel regulering efter interventionen.  80% af respondenterne oplevede bedre at kunne håndtere følelser og affekt efter interventionen.  Studiet peger på, at intervention på det individuelle niveau er mindre betydningsfuld end intervention, der inkluderer skolemiljø og forældre.

Forfatter og publiceringsdata	Indsats, kontekst og deltagere	Metode	Fund og relevans
Clausson, E.; Berg, A. og Janlo, A. (2015). Challenges of Documenting Schoolchildren's Psychosocial Health: A Qualitative Study	Sundhedsplejersker (N=33) i skolen og fokus på dokumentation	Fokus-grupper, longitudinelt design	Studiet peger på problemer med manglende dokumentation/ registrering i forhold til arbejdet med børn og unges mentale sundhed.  Studiet konkluderer, at troværdig dokumentation er nødvendig i arbejdet med mental sundhed og trivsel. Anvendelse af en struktureret registrerings- og dokumentationsmodel vurderes at være nødvendig.
Renata Porzig-Drummond, Richard J. Stevenson & Caroline Stevenson (2016) A Preliminary Evaluation of the 1-2-3-Magic Parenting Program in an Australian Community Services Setting	Evaluering af det kognitive adfærdsterapeutiske program "1 2 3 Magic". Forældre til elever med adfærdsproblemer (N=38)	Præ-post-evaluering, survey	Interventionen er gruppebaseret, og 38 forældre til børn med adfærdsproblemer rapporterede en signifikant reduktion i problemadfærd.  Programmet "1 2 3 Magic" vurderes at være betydningsfuld som gruppeintervention til forældre til børn med adfærdsmæssige vanskeligheder.
Bruhn, A; Woods-Groves, S. og Huddle, S. (2014). A Preliminary Investigation of Emotional and Behavioral Screening Practices in K-12 Schools	Undersøgelse af skolers (N=454) systematiske screeningspraksis i forhold til børn og unges mentale sundhed	Survey	Alene 12,6% af de adspurgte skoler rapporterede, at de systematisk screener for emotionelle og adfærdsmæssige problemer.  Følgende barrierer i forhold til implementering af screening er: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke-adækvat økonomi</li> <li>• Ikke de rette screeningsinstrumenter</li> <li>• Ved ikke, hvordan data skal tolkes</li> <li>• Vil ikke kategorisere elever</li> </ul>
Ruttledge, R.; Devitt, E.; Greene, G.; Mullany, M.; Charles, E.; Frehill, J og Moriarty, M (2016). A randomised controlled trial of the FRIENDS for Life emotional resilience programme delivered by teachers in Irish primary schools	Undersøgelse af det kognitive adfærdsterapeutiske program "Friends for Life" i irske skoler (N=27). Elever (N=709) fra 9-13 år	RCT-studie	Lærere blev uddannet i programmet af pædagogiske psykologer, og studiet finder, at de pædagogiske psykologers kompetencer har betydning for den positive implementering.  "Friends for Life" blev implementeret på samtlige skoler, og der rapporteres positive betydninger for elever i forhold til trivsel, oplevelser af at høre til skolens fællesskaber og coping-strategier.
Lees, D. og Fersusson, D. (2015). A study to assess the acceptability of adding Home Parent Support along with the Incredible Years parent programme	Undersøgelse af forældre støtte (N=48) i forbindelse med anvendelsen af "De utrolige år"	Præ-post-evaluering, survey	Interventionen forældre støtte i forbindelse med "De utrolige år" viser positive resultater med hensyn til forbedringer i børnenes adfærd og forældrenes oplevelse af tilfredshed. Den ekstra støtte i hjemmet afstedkommer, at familier kan implementere strategier, der støtter dem i deres forældreskab og deres engagement i "De utrolige år".
Burke, M. K.; Prendeville, P. og Veale, A. (2017). An evaluation of the "FRIENDS for Life" programme among children presenting with autism spectrum disorder	Evaluering af det kognitive adfærdsterapeutiske program "Friends for Life" i forhold til børn i almenundersøgelsen (N=7) inden for autismespektrummet	Mixed methods, pre- og post-målinger af oplevelse af angst, forældre-interview og observationer	Studiets analyser af de kvantitative data viser ikke umiddelbar effekt på oplevelsen af angstsymptomer.  De kvalitative analyser viser, at "Friends for Life" kan anvendes i forhold til børn inden for autismespektrummet, og at denne gruppebaseret intervention afstedkommer oplevelser af at høre til fællesskaber, bedre emotionel udtrykssevne og styrket familiekommunikation.  Studiet viser, at "Friends for Life" kan implementeres i forhold til denne specifikke målgruppe.
Trillingsgaard, T.; Trillingsgaards, A. og Webster-Stratton, C. (2014). Assessing the effectiveness of the 'Incredible Years parent training' to	Undersøgelse af betydningen af "De utrolige års" forældre støtte til børn (N=36) med ADHD	Pre- og post-test, forældre-interview, Parent reports of child	Studiet viser positive betydninger af interventionen fra præ- til posttest i forhold til oplevede symptomer og adfærd.  Studiet rapporterer ligeså positive effekter i forhold til børnenes sociale og emotionelle regulative kompetencer.

Forfatter og publiceringsdata	Indsats, kontekst og deltagere	Metode	Fund og relevans
parents of young children with ADHD symptoms – a preliminary report		behavior, Eyberg Child Behavior Inventory, Social Competence Scale	Studiet viser også, at programmet succesfuldt kan implementeres i dansk sammenhæng som tidlig intervention.
Coholic, D. A. og Eys, M. (2016). Benefits of an Arts-Based Mindfulness Group Intervention for Vulnerable Children	Undersøgelse af betydningerne af kunstbaserede mindfulness-grupper for udsatte børn (N=47)	Præ- og post-selvrappor-tering, interview med børn og forældre	Studiets resultater viser, at de deltagende børn oplevede positive betydninger af interventionen i forhold til emotionel regulering, sociale færdigheder, positivt selvbillede, empati og opmærksomhed og koncentration.  Interventionen er gruppebaseret, hvilket viste sig betydningsfuldt i forhold til studiets resultater.
Tully, L. og Hunt, C. (2016). Brief Parenting Interventions for Children at Risk of Externalizing Behavior Problems: A Systematic Review	Undersøgelse af litteraturen i forhold til korte forældreinterventioner i relation til børn med adfærdsproblemer	Systematisk review af RCT-studier	Resultaterne af det systematiske review viser, at korte forældreinterventioner rummer positive betydninger i forhold til forældreevner i at håndtere adfærdsproblemer og forældres mestningsoplevelser.  Uddannelse af supervisorer er af afgørende karakter i forhold til implementering.
Roskam, I.; Brassart, E.; Houssa, M.; Loop, M.; Mouton, B.; Volckaert, A.; Nader-Grosbois, N.; Noël, M. P. og Schelstraete, M. A. (2017). Child-Oriented or Parent-Oriented Focused Intervention: Which is the Better Way to Decrease Children's Externalizing Behaviors?	Undersøgelse af betydninger af børneorienterede og forældreorienterede interventioner rettet mod adfærdsmæssige vanskeligheder	RCT	Studiets resultater indikerer, at såvel de børneorienterede som de forældreorienterede interventioner er virksomme, når de er rettet mod specifikke variable såsom social kognition og mestningsoplevelse.  Studiets resultater viser således ikke nogen signifikant forskel i forhold til interventionens fokus.  Studiet viser ikke forskelle på individ kontra gruppeorienteret interventioner.
Duncombe, M. E.; Havighurst, S.; Kehoe, C.; Holland, K.; Frankling, E. og Stagg, R. (2016). Comparing an Emotion- and a Behavior-Focused Parenting Program as Part of a Multisystemic Intervention for Child Conduct Problems	Komparativ undersøgelse af effektiviteten af multisystemisk tidlig intervention i form af forældrestøtte såsom emotionelt og adfærdsmæssigt orienteret i forhold til børn med adfærdsvanskeligheder (N=320)	SDQ, interview	Studiets resultater peger på, at de multisystemiske interventioner (forældrestøtte) er effektfulde og reducerer adfærdsmæssige problemer. De forskellige teoretiske udgangspunkter, emotionelt henholdsvis adfærdsmæssigt, har ingen betydning i forhold til effekt.  Dette medfører blandt andet, at resultaterne underbygger valgmuligheder for fagprofessionelle i forhold til intervention.  Interventionerne er gruppebaserede.
Ludmer, J. A.; Sanches, M.; Propp, L. og Andrade, B. (2018). Comparing the Multicomponent Coping Power Program to Individualized Parent-Child Treatment for Improving the Parenting Efficacy and Satisfaction of Parents of Children with Conduct Problems	Komparativ undersøgelse af det multikomponente og gruppebaserede program "Coping Power" og individualiserede forældre-barn-intervention. Børn med adfærdsvanskeligheder (N=114) og deres forældre indgik i studiet.	RCT, præ- og post-selvrappor-tering	Studiets resultater viser, at forældre rapporterer højere grad af mestring og tilfredshed i forhold til deres børns adfærdsvanskeligheder.  Der viser sig ingen signifikant forskel mellem det gruppebaserede forløb "Coping Power" og de mere individualiserede forløb.
Pereira, A.; Marques, T.; Russo, V. og Barros, L. (2014). Effectiveness of the Friends for Life Program in Portuguese	Undersøgelse af det adfærdsterapeutiske program "Friends for Life" i forhold til børn (N=38)	Quasi-eksperimentel, standardiseret survey	Resultaterne viser med signifikans, at interventionen har en positiv betydning for børnenes oplevelse af angstsymptomer, men samme signifikans findes ikke ved mødrenes post-rapportering.



Forfatter og publiceringsdata	Indsats, kontekst og deltagere	Metode	Fund og relevans
Schools. Study with a sample of highly anxious children		til børn og mødre	Der argumenteres i studiet for anvendelsen af gruppebaseret interventioner frem for mere individbaseret ditto.  Ydermere argumenteres der for, at manualbaserede programmer implementeres med kontekstsensitivitet og fleksibilitet for øje.
Leijten, P.; Raaijmakers, M.; de Castro, B.; van den Ban, E. og Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for Families with Socioeconomically Disadvantaged and Ethnic Minority Backgrounds	Undersøgelse af anvendelse af "De utrolige år" i forbindelse med børn (N=154) med adfærdsmæssige vanskeligheder og deres familier med svag socioøkonomisk baggrund	RCT	Resultaterne peger på, at anvendelsen af forældrestøtte gennem "De utrolige år" reducerer forældrenes oplevelse af børnenes adfærdsproblemer og lærernes oplevelse af hyperaktivitet og koncentrationsbesvær.  Familier med svag socioøkonomisk baggrund engagerer sig i interventionen på en måde, så denne får positiv betydning.  Interventionen er gruppebaseret, hvilket bidrager til de positive betydninger grundet oplevelser af accept og fællesskab.  Der kan foreligge barrierer for gruppens deltagelse i sådanne interventioner blandt andet grundet manglende ressourcer til at få hjælp, negative oplevelser med autoriteter samt angst for stigmatisering.
Breeman, L.; Van Lier, P.; Wubbels, T.; Verhulst, F.; van der Ende, J.; Maras, A.; Struiksma, C.; Hopman, J. og Tick, N. (2016). Effects of the Good Behavior Game on the Behavioral, Emotional, and Social Problems of Children With Psychiatric Disorders in Special Education Settings	Undersøgelse af betydningen af programmet "Good Behavior Game" for elever (N=389) med lettere psykiatriske diagnoser i skolen. Lærere (N=58) blev undervist i interventionen af skolekonsulenter.	RCT	Studiet viser kun moderate resultater i forhold til elevernes emotionelle og adfærdsmæssige problemer. Resultaterne peger på, at lærerne oplevede en højere grad af mestring i forhold til at engagere målgruppen i skolen.  Implementeringen af programmet blev monitoreret og støttet af skolekonsulenter.
Lessard, J.; Normandeau, S. og Robaey, P. (2016). Effects of the Incredible Years Program in Families of Children with ADHD	Undersøgelse af anvendelse af "De utrolige år" i forhold til børn (N=77) med ADHD	RCT	Studiet viser, at forældre, der har deltaget i "De utrolige år", anvender mere proaktive metoder i opdragelsen af deres børn og en mindre streng og autoritær tilgang.  Interventionen er gruppebaseret, og en af konklusionerne er, at en udgiftsreduceret tilgang til "De utrolige år" (fx gennem telefonstøtte) er ikke effektiv.
Garmy, P.; Jakobsson, U.; Carlsson, K. S.; Berg, A. og Clausson, E. K. (2015). Evaluation of a School-Based Program Aimed at Preventing Depressive Symptoms in Adolescents	Undersøgelse af implementeringen af et kognitivt adfærdsterapeutisk program i skolen i forhold til elever (N=62) med symptomer på depression. Tutors (N=7) indgår ligeledes.	Quasi-eksperimentelt design, Præ-posttest og opfølgning efter 1 år	Studiets resultater viser signifikante positive resultater i forhold til lavere grad af depressive symptomer efter interventionen.  I forhold til adoption blev interventionen taget vel imod på deltagende skoler og fik adækvat støtte.  Tutorer angiver oplevelser af, at programmet mangler fleksibilitet.  Programmet vurderes at være økonomisk fornuftigt og implementerbart.
Higgins, E. og O'Sullivan, S. (2015). "What Works": systematic review of the "FRIENDS for Life" programme as a universal school-based intervention programme for the prevention of child and youth anxiety	Undersøgelsens formål er at foretage et systematisk review af forskningslitteraturen bag programmet "Friends for Life", der er rettet mod børn og unge med angstsymptomer	Systematisk review	De inkluderede studier underbygger de positive betydninger af interventionen "Friends for Life" med effektstørrelser fra små til medium effektstørrelser. Followupstudier viser ligeledes længerevarende positive effekter af programmet.  Da programmet er manualbaseret, og da interventioner kan forløbe over kortere perioder, vurderer undersøgelsen, at programmet er implementerbart i en skolekontekst, hvis der forekommer adækvat undervisning af fagprofessionelle.

Forfatter og publiceringsdata	Indsats, kontekst og deltagere	Metode	Fund og relevans
Shernoff, E. S.; Bearman, S. K. og Kratochwill, T. R. (2017). Training the Next Generation of School Psychologists to Deliver Evidence-Based Mental Health Practices: Current Challenges and Future Directions	Undersøgelse af skolepsykologers kompetencer i forhold til at anvende evidensbaserede interventioner rettet mod mental sundhed	Problem-solving framework	Studiet foreslår en udvidet forståelse af skolepsykologisk praksis, der rummer kvalificeret uddannelse i anvendelsen af evidensbaseret praksis i forhold til mental sundhed. Skolepsykologisk praksis skal, i forhold til evidensbaseret praksis, være fleksibel og sensitiv i forhold til komplekse kontekster.  Studiet nævner, at skolepsykologers mange opgaver (caseload) er en barriere for implementeringen af en mere evidensbaseret skolepsykologisk praksis.
Green, S. G. og Atkinson, S. (2016). Implementation Issues: a 'FRIENDS for life' course in a mainstream secondary school	Evaluering af det kognitive adfærdsterapeutiske program "Friends for Life" i en skolesetting	Single case-eksperimentelt design	Studiets fund indikerer, at der ikke forekom en reduktion i oplevelse af angstsymptomer.  Studiets fund peger ligeledes på, at den manglende reduktion i angstsymptomer skyldes problemer med implementering blandt andet grundet manglende tid, dårlige fysiske lokaliteter på skolen og manglende kompetencer hos de fagprofessionelle.  Studiet anbefaler pædagogiske psykologer til at støtte interventionen.
Ford, T. et. al. (2019). The effectiveness and cost-effectiveness of the Incredible Years Teacher Classroom Management programme in primary school children: results of the STARS cluster randomised controlled trial	Undersøgelse af effektivitet og omkostningseffektivitet ved anvendelsen af "De utrolige år" på skoler (N=80)	RCT, SDQ	De utrolige år viser mindre positive effekter målt i SDQ. De utrolige år viste sig omkostningseffektiv set i et kort tidsperspektiv.
Sigmarsdottir, M. et. al. (2015). Treatment Effectiveness of PMTO for Children's Behavior Problems in Iceland: Child Outcomes in a Nationwide Randomized Controlled Trial	Undersøgelse af forældretræning ("Parent Management Training – the Oregon model" (PMTO) i forhold til familier (N=102) til børn med adfærdsproblemer i Island	RCT	Studiets resultater viser, at PMTO reducerede i adfærdsproblemer hos børnene i forhold til kontrolgruppen.  Studiet konkluderer, at PMTO er effektiv i forhold til adfærdsproblematikker i en nordisk sammenhæng. Studiet peger ydermere på, at PMTO kunne implementeres med succes i en islandsk kontekst.
Shoshani, A. og Steinmetz, S. (2014). Positive Psychology at School: A School-Based Intervention to Promote Adolescents' Mental Health and Well-Being	Studiet undersøger positiv psykologisk, skole-baseret intervention i forhold til elever (N=1.038)	Longitudinelt design, RCT	Studiets resultater viser en signifikant reduktion af angst- og stresssymptomer hos gruppen med disse symptomer. Ligeledes styrkede interventionen elevernes selvtillid, mestringsoplevelser og optimisme.  Interventionen var en whole-school-tilgang, der blev implementeret på flere skoler.
Arendt, K., Thastum, M. & Hougaard, E. (2015). Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: a randomized wait-list controlled trial	Undersøgelse af den danske udgave af "Cool Kids" i forhold til unge med angst (N=109)	RCT	En betragtelig andel af målgruppen for indsatsen oplevede en signifikant reduktion af angstsymptomer (48,2%). Såvel selvrapportering som forælderapportering viser et fald i oplevelser af symptomer. Resultaterne var vedligeholdte i followupstudier efter 3 og 12 måneder.
Jónsson, H., Thastum, M., Arendt, K. & Juul-Sørensen, M. (2015). Disorders Group cognitive behavioural treatment of	Undersøgelse af gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi, "Cool Kids", i både kliniske	Præ- og post-test, benchmarking	Studiet viser en signifikant reduktion i oplevelsen af angstsymptomer. Studiet viser endvidere, at interventionen mister noget af effektiviteten, når indsatsen gives i community settings set i forhold til kliniske settings.

Forfatter og publiceringsdata	Indsats, kontekst og deltagere	Metode	Fund og relevans
youth anxiety in community based clinical practice: Clinical significance and benchmarking against efficacy	og ikke-kliniske settings i forhold til unge med angst (N=169)		
Brännström, L.; Kaunitz, C.; Andershed, A. K.; South, S. & Smedslund, G. (2016). Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: A systematic review	Review af studier om ART i forhold til betydninger for adfærd	Systematisk review	Det konkluderes, at der ikke er tilstrækkelig evidens for, at ART besidder positive betydninger for selvkontrol og sociale færdigheder.
Helander, M.; Lochman, J.; Höglström, J.; Ljótsson, B.; Hellner, C. & Enebrink, P. (2018). The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial	Undersøgelse af tilføjesen af "Coping Power" til "Parent Management Training (KOMET)" i forhold til elever med adfærdspøblemer (N=120)	RCT	Studiet konkluderer, at adfærdspøblemer blev reduceret i begge grupper. Prosocial adfærd blev forbedret i gruppen med de kombinerede interventioner. Forældre vner blev ligeledes øget i begge grupper.
Alfredsson, E. K.; Thorvaldsson, V.; Axberg, U. & Broberg, A. G. (2018). Parenting programs during adolescence: Outcomes from universal and targeted interventions offered in real-world settings.	Undersøgelse af forældreindsatser, herunder Cope Connect i forhold til forældre til unge mellem 10 og 17 år (N=315)	Survey	Studiet konkluderer, at de undersøgte forældreindsatser viser positive betydninger i forhold til oplevelse af stress hos forældre, reducere af dysfunktionelle forældrestrategier, reducere af både forældres og unges mentale problemer. Studiet støtter tidligere forskning på området, der dokumenterer positive betydninger af forældreindsatser blandt andet Cope Connect både på kort og længere sigt.
Lundkvist-Houndoumadi, I.; Thastum, M. & Hougaard, E. (2016). Effectiveness of an Individualized Case Formulation-Based CBT for Non-responding Youths with Anxiety Disorders	Undersøgelse af individorienteret caseformuleringsbaseret tilgang i forhold til unge med angst og deres forældre (N=106)	Præ- og post-test, survey	Udgangspunktet for studiet var en undersøgelse af individorienteret caseformuleringsbaseret tilgang sammenlignet med en ikke-succesfuld manualbaseret indsats ("Cool Kids"). Studiet konkluderer, at de unge rapporterede en væsentlig reduktion i oplevelse af angstsymptomer, og forældrene rapporterede en tilsvarende oplevelse i forhold til deres børn/unge. Forældrene vurderer, at den individorienterede caseformuleringsbaserede tilgang tillader en højere grad af fleksibilitet sammenlignet med den manualbaserede tilgang, hvilket vurderes positivt.
Garvik, M.; Idsoe, T. & Bru, E. (2014). Effectiveness study of a CBT-based adolescent coping with depression course	Undersøgelse af indsatsen "Adolescent Coping with Depression Course" for unge med mild til moderat depression (N=127)	Præ- og post-test, survey	Studiet finder en betragtelig reduktion af de unges depressive symptomer, der stemmer overens med RCT-studier af samme indsats. Effektstørrelser er moderate til store i forhold til reduktionen af oplevede symptomer.

## 9.5 Karakteristik af inkluderet forskning

I de følgende afsnit foretages en karakteristik af de inkluderede studier. Formålet med karakteristikken er at give et billede af den forskning, der indgår i kortlægningen, i forhold til geografisk forankring, publiceringsår, forskningsdesign og samlet antal studier.

Som nævnt tidligere i denne søgerapport er søgningerne afgrænset tidsmæssigt, sprogligt og geografisk. Da flere af de inkluderede studier imidlertid er systematiske reviews og metaanalyser, skal det bemærkes, at der kan indgå studier fra andre lande i disse.

## 9.6 Oversigt over studiernes geografiske forankring

Land	Antal studier
Danmark	4
Sverige	5
Holland	2
Australien	4
USA	3
Israel	1
Irland	3
New Zealand	1
Portugal	1
Canada	3
Belgien	1
Island	1
England	2
Norge	1

## 9.7 Publikationsår

År	Antal studier
2014	5
2015	7
2016	10
2017	6
2018	3
2019	1

## 9.8 Forskningsdesign

Design	Antal studier
RCT	13
Quasi-eksperimentalt	3
Systematisk review og metanalyse	4
Kvalitativt casestudie	4
Mixed methods	2
Survey	6

### 9.9 Individernes alder (flere kodninger er muligt pr. studie)

Alder	Antal studier
0-3	3
3-6	10
6-15	23
15-18	8
Forældre	11

### 9.10 Samlet antal studier og individer

Da forskningskortlægningen blandt andet trækker på 3 systematiske reviews og metaanalyser, er det samlede antal af indgåede studier betragteligt større end de 27 referencer, der indgår i syntesen. Således er antallet af individer, der samlet set indgår i materialet, på 19.787, hvilket betyder, at der er tale om et betragteligt materiale, der ligeledes styrker grundlaget for konklusioner i forbindelse med forskningskortlægningen.



Deloitte er en førende global leverandør af revision og erklæringsopgaver, konsulentydelse, finansiel rådgivning, risikostyring, skatterådgivning og dertil knyttede ydelser. Vores netværk af medlemsfirmaer og tilknyttede virksomheder findes i over 150 lande og territorier (samlet betegnet "Deloitte-organisationen") og servicere fire ud af fem virksomheder fra listen over verdens største selskaber, Fortune Global 500®. Læs mere på [www.deloitte.com](http://www.deloitte.com) om, hvordan Deloitte omkring 312.000 medarbejdere gør en forskel.

Deloitte er en betegnelse for et eller flere af Deloitte Touche Tohmatsu Limiteds ("DTTL") medlemsfirmaer, dets netværk af medlemsfirmaer og deres tilknyttede virksomheder (der samlet betegnes "Deloitte-organisationen"). DTTL (der også omtales som "Deloitte Global") og alle dets medlemsfirmaer og tilknyttede virksomheder udgør selvstændige og uafhængige juridiske enheder, som ikke kan forpligte hinanden over for tredjemand. DTTL og de enkelte DTTL-medlemsfirmaer og tilknyttede virksomheder er kun ansvarlige for egne handlinger og/eller udeladelser. DTTL leverer ikke ydelser til kunder. Vi henviser til [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) for nærmere oplysninger.

© 2020 Kontakt Deloitte Touche Tohmatsu Limited for yderligere oplysninger.